

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JiWA PADA Tn.W MASALAH UTAMA
PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
F20.3 SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RUANG
GELATIK RUMAH SAKIT JiWA
MENUR PROVINSI JAWA
TIMUR**



OLEH :

BENY SETYO UTOMO
NIM. 2130037

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TA. 2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JiWA PADA Th.W MASALAH UTAMA
PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
F20.3 SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RUANG
GELATIK RUMAH SAKIT JiWA
MENUR PROVINSI JAWA
TIMUR**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Profesi Ners**



OLEH :

BENY SETYO UTOMO
NIM. 2130037

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TA. 2022**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 September 2021



BENY SETYO UTOMO
NIM. 2130037

HALAMAN PERSETUJUAN

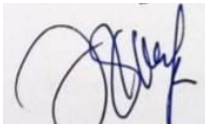
Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Beny Setyo Utomo
NIM : 2130037
Program Studi : Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama
Perilaku Kekerasan Pada Tn.W Dengan Diagnosa
Medis F20.3 Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang
Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa
Timur

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

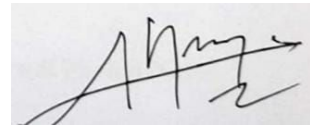
NERS (Ns)

Pembimbing I



Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes.
NIP. 03.021

Pembimbing II



Abdul Habib, S.Kep.Ns.
NIP. 197605151997131005

**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Profesi Ners**

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03.009

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 20 September 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Beny Setyo Utomo
NIM : 2130037
Program Studi : Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama
Perilaku Kekerasan pada Tn.W Dengan Diagnosa
Medis F20.3 Skizofrenia Tak Terinci di Ruang
Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa
Timur

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir di Stikes
Hang Tuah Surabaya dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “ NERS (Ns) ”, pada program studi Pendidikan Profesi Ners
STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep (.....)
NIP. 03.009

Penguji I : Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes (.....)
NIP. 03.021

Penguji II : Abdul Habib, S.Kep.Ns. (.....)
NIP. 197605151997131005

**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Profesi Ners**

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03.009

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

MOTTO & PERSEMBAHAN

“Sukses bukan karena nasib baikmu saja tapi sukses dari bagaimana usahamu dalam mencapainya.”

Kupersembahkan Karyaku Yang Sederhana Ini Kepada :

1. Allah SWT.
2. Untuk Ayah dan Ibuku tercinta yang telah membesarkanku dengan sepenuh hati serta mendidikku dengan tulus ikhlas tanpa lelah.
3. Untuk Istriku “Ika Kurniawati” yang selalu mendukungku hingga saat ini.
4. Untuk Adikku yang selalu mendukung dan memberi semangat dalam suka dan duka.
5. Untuk Profesi Ners Angkatan 25 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah berjuang bersama hingga akhir.
6. Sahabat-sahabatku dan satu kelas Profesi Ners yang selalu ada dalam suka maupun duka dan selalu saling melengkapi.
7. Untuk Pembimbingku yang telah memberi semangat dan waktu kepada anak – anak nya sampai akhir.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Drg. Vitria Dewi, M.Si selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M..Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah , S.Kep.Ns M.Kep . selaku Kepala Prodi Profesi Ners dan Penguji Ketua telah bersedia meluangkan waktu , tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberi dorongan , bimbingan , arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Ibu Lela Nurlela , S. Kp . M.Kes , selaku Pembimbing Institusidan penguji I yang telah bersedia meluangkan waktu , tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberi dorongan , bimbingan , arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Bapak Abdul Habib, S.Kep.Ns., selaku Pembimbing l a h a n sekaligus penguji II, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberi dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

6. Dosen penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran dalam memberikan pengujian dalam Karya Tulis Akhir yang telah kami susun.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus dan ikhlas melayani keperluan penulis selama menjadi studi dan penulisan.
8. Sahabat-sahabat perjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
9. Kepada Tn.W telah menjadi responden. Terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik kepada Tn.W yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang komstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 September 2022

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------|
| KARYA ILMIAH AKHIR | i |
| SURAT PERNYATAAN | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iv |
| MOTTO & PERSEMBAHAN | v |
| KATA PENGANTAR..... | vi |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR GAMBAR..... | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 5 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 5 |
| 1.3.1 Tujuan Umum..... | 5 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 6 |
| 1.4 Manfaat..... | 6 |
| 1.5 Metode Penulisan..... | 7 |
| 1.6 Sistematika Penulisan..... | 9 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 10 |
| 2.1 Konsep Skizofrenia | 10 |
| 2.1.1 Pengertian Skizofrenia | 10 |
| 2.1.2 Etiologi Skizofrenia..... | 11 |
| 2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia..... | 12 |
| 2.1.4 Penggolongan Skizofrenia | 16 |
| 2.2 Konsep Perilaku Kekerasan..... | 20 |
| 2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan | 20 |
| 2.2.2 Etiologi Perilaku Kekerasan | 21 |
| 2.2.3 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan | 24 |
| 2.2.4 Rentang Respon Perilaku Kekerasan | 24 |
| 2.2.5 Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan | 25 |
| 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan..... | 27 |
| 2.3.1 Pengkajian | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 2.3.2 Masalah Keperawatan | 31 |
| 2.3.3 Diagnosis | 32 |
| 2.3.4 Rencana Keperawatan | 32 |
| 2.3.5 Implementasi..... | 37 |
| 2.3.6 Evaluasi | 37 |
| 2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik | 38 |
| 2.4.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik..... | 38 |
| 2.4.2 Komponen Komunikasi Terapeutik | 38 |
| 2.4.3 Fase Komunikasi Terapeutik | 39 |
| 2.5 Konsep Stes dan Adaptasi | 41 |
| 2.5.1 Pengertian Stres | 41 |
| 2.5.2 Klasifikasi Stres | 42 |
| 2.5.3 Penggolongan Stres..... | 43 |
| 2.5.4 Respon Psikologi Stres..... | 43 |
| 2.5.5 Reaksi Psikologis Terhadap Stres | 44 |
| 2.5.6 Cara Mengendalikan Stres..... | 45 |
| 2.5.7 Pengertian Adaptasi | 46 |
| 2.5.8 Macam - Macam Adaptasi..... | 46 |
| 2.6 Konsep Mekanisme Koping | 53 |
| 2.6.1 Pengertian Mekanisme Koping..... | 53 |
| 2.6.2 Penggolongan Mekanisme Koping | 53 |
| 2.6.3 Faktor Yang Mempengaruhi Mekanisme Koping | 54 |
| 2.6.4 Jenis Mekanisme Koping | 54 |
| 2.6.5 Macam – Macam Mekanisme Koping | 55 |
| 2.7 Pohon Masalah..... | 61 |
| BAB 3 TINJAUAN KASUS..... | 62 |
| 3.1 Pengkajian | 62 |
| 3.1.1 Identitas | 62 |
| 3.1.2 Alasan Masuk | 62 |
| 3.1.3 Faktor Predisposisi..... | 63 |
| 3.1.4 Pemeriksaan Fisik | 64 |
| 3.1.5 Psikososial | 65 |
| 3.1.6 Status Mental | 67 |
| 3.1.7 Kebutuhan Pulang | 70 |

| | |
|---|------------|
| 3.1.8 Mekanisme Koping | 71 |
| 3.1.9 Masalah psikososial dan lingkungan..... | 72 |
| 3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang..... | 72 |
| 3.1.11 Data Lain-Lain | 72 |
| 3.1.12 Aspek Medik..... | 73 |
| 3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan | 73 |
| 3.1.14 Daftar Diagnosa Keperawatan..... | 74 |
| 3.2 Pohon Masalah..... | 75 |
| 3.3 Analisa Data | 76 |
| 3.4 Rencana Keperawatan..... | 78 |
| 3.5 Tindakan Keperawatan..... | 82 |
| 3.6 Analisa Proses Interaksi (API)..... | 92 |
| BAB 4 PEMBAHASAN | 96 |
| 4.1 Pengkajian | 96 |
| 4.2 Diagnosa Keperawatan..... | 104 |
| 4.3 Perencanaan | 104 |
| 4.4 Pelaksanaan | 109 |
| 4.5 Evaluasi | 111 |
| BAB 5 PENUTUP | 113 |
| 5.1 Simpulan..... | 113 |
| 5.2 Saran..... | 117 |
| DAFTAR PUSTAKA | 119 |
| Lampiran 1..... | 121 |
| Lampiran 2..... | 123 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 3. 1 Hasil pemeriksaan laboratorium..... | 72 |
| Tabel 3. 2 Analisa data..... | 76 |
| Tabel 3. 3 Rencana Asuhan Keperawatan..... | 78 |
| Tabel 3. 4 Tindakan Asuhan Keperawatan..... | 82 |
| Tabel 3. 5 Analisa Proses Interaksi..... | 92 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 2. 1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan | 25 |
| Gambar 2. 2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan..... | 61 |
| Gambar 3. 1 Genogram | 65 |
| Gambar 3. 2 Pohon masalah pasien Tn.W dengan Perilaku Kekerasan..... | 75 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---|-----|
| Lampiran 1 | |
| SOP Pemasangan Restrain | 121 |
| Lampiran 2 | |
| Leaflet Edukasi Manfaat Minum Obat Secara Teratur | 123 |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan gangguan pikiran berupa kombinasi dari halusinasi, delusi, berpikir dan perilaku tidak teratur. Penyakit skizofrenia adalah kronis dan seringkali kambuh atau berulang sehingga perlu diberikan terapi jangka lama. Merawat pasien skizofrenia dibutuhkan pengetahuan, keterampilan dan kesabaran serta dibutuhkan waktu yang lama akibat kronisnya penyakit ini. Anggota keluarga yang bersama pasien skizofrenia menghabiskan lebih banyak waktu di rumah untuk merawat yang sakit daripada memperhatikan dan mengurus dirinya. Kemampuan dalam merawat pasien skizofrenia merupakan keterampilan yang harus praktis sehingga membantu keluarga dengan kondisi tertentu dalam pencapaian kehidupan yang lebih mandiri dan menyenangkan (Jek Amidos Pardede, Harjuliska, 2021). Menurut (Kandar & Iswanti, 2019) permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien skizofrenia adalah perilaku kekerasan

World Health Organization (2019) menyatakan terdapat sekita 20 juta penduduk seluruh dunia yang mengalami skizofrenia. Di Indonesia data Riset Kesehatan Dasar menunjukkan proporsi gangguan jiwa skizofrenia mengalami peningkatan yang signifikan dibandingkan dengan Riskesdas 2013 yakni dari 1,7 per 1000 menjadi 7 per 1000 penduduk Indonesia. Provinsi Jawa Tengah menempati posisi kelima dengan jumlah gangguan jiwa skizofrenia terbanyak yaitu 9% penduduk rumah tangga dengan keluarga skizofrenia (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data dari Rumah Sakit Menur Provinsi Jawa Timur Surabaya hasil

angka kejadian kasus Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur Surabaya selama bulan April 2021 hingga Juni 2021 didapatkan hasil sebanyak 15.263 pasien rawat jalan maupun rawat inap dengan rincian kasus skizofrenia residual mencapai 39,3%, skizofrenia tak terinci mencapai 38,4%, skizofrenia paranoid 8,4%, skizofrenia hebefrenik 6,5%, skizofrenia simpleks 3,8%, skizofrenia katatonik 1,4%. Hasil angka kejadian kasus Skizofrenia khususnya kasus undifferentiated skizofrenia atau skizofrenia tak terinci (F 20.3), pada bulan April 2021 yaitu mencapai total 12% dan pada bulan Mei 2021 mengalami penurunan yaitu total 14%, kemudian pada saat bulan Juni 2021 kembali mengalami peningkatan yaitu total mencapai 14%. Kasus skizofrenia sendiri mencakup masalah keperawatan dengan prevalensi pada rentang bulan April 2021 hingga Juni 2021 perilaku kekerasan 41,4%, halusinasi 32,11%, isolasi sosial 14,2%, defisit perawatan diri 5,3%, harga diri rendah 3,2%, Waham 2,2% dan risiko bunuh diri 1,3%.

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari marah akibat tidak mampu pasien untuk mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya (Wulansari, 2021). Faktor yang mempengaruhi perilaku kekerasan yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Pada faktor predisposisi antara lain faktor biologis (genetik / turunan, trauma kepala, riwayat pemakaian napza), faktor psikologis (kehilangan orang yang dicintai dan kepribadian tertutup), faktor sosiokultural (lingkungan sosial sekitar pasien), faktor sosial budaya (tidak ada atau dipecat dari pekerjaan dan pernikahan

yang gagal atau belum menikah). Pada faktor presipitasi antara lain Pasien (mengalami keputusasaan, ketidakberdayaan dan rasa kurang percaya diri) dan lingkungan (kehilangan orang atau objek yang berharga misalnya keluarga atau kekasih, konflik interaksi sosial / menarik diri). Perilaku kekerasan dapat dibagi dua menjadi perilaku kekerasan secara verbal dan fisik. Tanda dan gejala verbal yang muncul biasanya mengancam, mengumpat dengan katakata kotor, berbicara dengan nada keras, dan kasar, sedangkan tanda dan gejala fisiknya dapat berupa mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku, serta riwayat melakukan perilaku kekerasan (Malfasari et al., 2020). Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu kehilangan harga diri karena tidak dapat memenuhi kebutuhan sehingga individu tidak berani bertindak, cepat tersinggung dan lekas marah. Akibatnya frustrasi tujuan tidak tercapai atau terhambat sehingga individu merasa cemas dan terancam, individu berusaha mengatasi tanpa memperhatikan hak-hak orang lain, kebutuhan aktualisasi diri yang tidak tercapai sehingga menimbulkan ketegangan dan membuat individu cepat tersinggung. Dampak atau perubahan yang terjadi dapat berupa perasaan tidak sabar, cepat marah, dari segi sosial kasar, menarik diri, agresif serta mengakibatkan hilangnya kendali individu sehingga berpotensi untuk menyakiti diri sendiri, menyerang orang lain dan merusak lingkungan (Untari & Irna, 2020). Melihat dampak dan kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga kesehatan yang profesional, salah satunya yaitu keperawatan jiwa.

Penanganan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis. Terapi medis yang dapat di berikan kepada pasien yaitu Haloperidol 5 mg (2x1), Trihexyphenidyl 2 mg (2x1), Risperidone 2 mg (2x1), dan Chlorpromazine 1 mg (1x1). Terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Dengan demikian kepatuhan minum obat adalah mengkonsumsi obat yang diresepkan oleh dokter pada waktu dan dosis yang tepat karena pengobatan hanya akan efektif apabila penderita memenuhi aturan dalam penggunaan obat. Kesembuhan pasien dipengaruhi kepatuhan terhadap program pengobatan dimana pasien yang patuh kontrol pada masa rawat jalan sangat dipengaruhi dukungan dari anggota keluarga karena dapat meminimalisir kecemasan oleh penyakit tertentu dan mencegah ketidakpatuhan. Dukungan instrumental keluarga dapat diberikan seperti dengan mengantar pasien untuk kontrol kerumah sakit dan mempersiapkan dokumen administrasi keperluan rawat jalan, demikian pula dengan dukungan informasional dapat dilakukan seperti dengan mencatat waktu kunjungan selanjutnya dan mengingatkan pasien mengenai waktu kunjungan tersebut (Suryanti & Ariani, 2018). Pada cara non medis dapat menggunakan komunikasi terapeutik dengan Strategi pelaksanaan (SP) yang dilaksanakan pada pasien dan keluarga. Pada Strategi Pelaksanaan (SP) pasien yaitu diskusi mengenai cara mengontrol perilaku kekerasan latihan fisik, verbal, spiritual dan obat. Mengontrol perilaku kekerasan pada latihan fisik dapat dilakukan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal / kasur. Mengontrol secara verbal yaitu dengan cara menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik. Mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara shalat dan

berdoa. Serta mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat). Pada Strategi Pelaksanaan (SP) keluarga yaitu mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya perilaku kekerasan, menjelaskan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan, membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*) dan menjelaskan follow up pasien setelah pulang. (Sujarwo & PH, 2019).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.W dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia tak terinci di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengidentifikasi tingkat keberhasilan asuhan keperawatan jiwa pada pasien masalah utama Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia tak terinci di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian pada pasien masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.W dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia tak terinci di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.W dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia tak terinci di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.W dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia tak terinci di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.W dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia tak terinci di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada pasien masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.W dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia tak terinci di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.4 Manfaat

Berdasarkan Tujuan Umum dan Tujuan Khusus maka Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan memberikan manfaat secara teoritis maupun praktis seperti tersebut di bawah ini :

1. Teoritis

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini merupakan sumbangan ilmu pengetahuan dalam asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama Perilaku Kekerasan.

2. Secara praktis tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

a. Bagi pasien

Diharapkan tindakan yang telah diajarkan dapat diterapkan secara mandiri untuk mengontrol Perilaku Kekerasan.

b. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Dapat menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah utama Perilaku Kekerasan dengan baik.

c. Bagi Peneliti

Dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti selanjutnya, yang akan membuat Karya Ilmiah Akhir pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Perilaku Kekerasan.

d. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberi pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama Perilaku Kekerasan.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan

yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus.

2. Tehnik pengumpulan data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan langsung pada pasien.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, foto thorax dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

d. Sumber data

1) Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

2) Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medis, sim RS (medify), perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

e. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul Karya Ilmiah Akhir dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami Karya Ilmiah Akhir ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :
 - BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan Karya Ilmiah Akhir.
 - BAB 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan masalah utama Perilaku Kekerasandengan diagnose medis F20.3 Skizofrenia, serta kerangka masalah.
 - BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
 - BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.
 - BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep skizofrenia, konsep penyakit, asuhan keperawatan Perilaku Kekerasan, konsep komunikasi dan konsep stress adaptasi. Pada konsep skizofrenia akan diuraikan pengertian, etiologi, tanda dan gejala serta penggolongan skizofrenia. Pada konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, tanda dan gejala, rentang respon, penatalaksanaan secara medis. Pada asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada perilaku kekerasan dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, masalah keperawatan, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pada konsep komunikasi akan diuraikan pengertian, komponen dan fase komunikasi terapeutik. Pada konsep stress adaptasi akan diuraikan pengertian, klasifikasi, penggolongan, respon psikologis, reaksi psikologis, cara mengendalikan stress, pengertian dan macam-macam adaptasi. Pada konsep mekanisme koping akan diuraikan pengertian, penggolongan, faktor, jenis dan macam-macam mekanisme koping.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/ emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi, afek dan emosi perilaku bizar. Skizofrenia adalah bentuk psikosa yang banyak

dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas (L. Ma'rifatul Azizah, I. Zainuri, 2016).

Skizofrenia yaitu gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi normal. Sering kali diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Penyebab skizofrenia masih belum diketahui secara jelas. Penelitian menunjukkan adanya kelainan pada struktur dan fungsi otak. Kombinasi faktor genetik dan lingkungan berperan dalam perkembangan skizofrenia. Faktor genetik dapat menjadi penyebab skizofrenia (ChisholmBurns et al., 2016). Dalam buku Nanda NIC NOC, (2015) ada beberapa Faktor penyebab skizofrenia :

1. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9%-1,8% bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak-anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%

2. Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita Skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstermitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

3. Susunan Saraf Pusat

Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

4. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

5. Teori Sigmund Freud

- a. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatik
- b. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan ide yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme dan kehilangan kapasitas untuk pemindahan (*transference*) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut buku (L. Ma'rifatul Azizah, I. Zainuri, 2016) *indicator premorbid* (pra-sakit) pre-skizofrenia antara lain ketidakmampuan seseorang mengekspresikan emosi: wajah dingin, jarang tersenyum, acuh tak acuh.

Penyimpangan komunikasi: pasien sulit melakukan pembicaraan terarah, kadang menyimpang (*tajential*) atau berputar-putar (*sirkumstantialz*). Gangguan atensi: penderita tidak mampu memfokuskan, mempertahankan, atau memindahkan atens. Gangguan perilaku: menjadi pemalu, tertutup, menarik diri secara sosial, tidak bisa menikmati rasa senang, menantang tanpa alasan jelas, mengganggu dan tak disiplin.

Gejala-gejala yang muncul pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut:

1. Muncul delusi dan halusinasi. Delusi merupakan keyakinan/pemikiran yang salah dan tidak sesuai kenyataan, namun tetap dipertahankan sekalipun dihadapkan pada cukup banyak bukti mengenai pemikirannya tersebut. Delusi yang biasanya muncul adalah bahwa penderita skizofrenia meyakini dirinya tuhan, dewa, nabi, atau orang besar dan penting. sementara halusinasi adalah persepsi panca indera yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya penderita berbicara sendiri dan mempersepsikan ada orang lain yang sedang di ajak bicara
2. Kehilangan energy dan minat untuk menjalani aktivitas sehari-hari, bersenang-senang, maupun aktivitas seksual, berbicara hanya sedikit, gagal menjalin hubungan yang dekat dengan orang lain, tidak mampu memikirkan konsekuensi dari tindakannya, menampilkan ekspresi emosi yang datar, atau bahkan ekspresi emosi yang tidak sesuai konteks (misalkan tiba-tiba tertawa atau marah-marah tanpa sebab yang jelas).

Menurut buku Diagnosis Gangguan Jiwa (Dr.dr Rusdi Muslim SpKJ,Mkes) sebagai Pedoman Diagnostik Skizofrenia.

1. Harus ada sedikitnya satu gejala berikutini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) :
 - a. *“thought echo”* : isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya(tidak keras) dan isi pikiran ulangan,walaupun isinya sama,namun kualitasnya berbeda atau *“thought insertion or withdrawal”* : isi pikiranyang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya(insertion)atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (withdrawl) dan *“thought broadcasting”* : isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
 - b. *“ delusion of control”* : waham tentang dirinya dikendalikan oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar atau *“ delusion of influence”* : waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar atau *“ delusion of passivity”* : waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar (tentang ”dirinya” secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh atau anggota gerak atau ke pikiran, tindakan atau penginderaan khusus), *“ delusional perception “* : pengalaman inderawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.
 - c. Halusinasi auditorik : Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri(diantara berbagai suara yang berbicara)atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
 - d. Waham-waham menetap jenis lainnya yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil,misalnya perihal

keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan diatas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain) atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas.

- e. Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.
 - f. Arus pikiran yang terputus (*Break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.
 - g. Perilaku katatonik seperti keadaan gaduh – gelisah (*excitement*) posisi tubuh tertentu (*posturing*) atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme dan stupor.
 - h. Gejala-gejala "negatif", seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.
2. Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase non psikotik prodromal).

3. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behaviour*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuata sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.

2.1.4 Penggolongan Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut (Dr. dr. Rusdi Maslim SpKJ, 2013), yaitu :

1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
 - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b. Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual; waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
 - c. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
 - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
 - c. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
 - d. Gejala bertahan 2-3 minggu.

- e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
 - f. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan dan hampa perasaan.
 - g. Afek dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*in appropriate*), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
 - h. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren
3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
- a. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
 - b. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
 - c. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
 - d. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
 - e. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
 - f. Rigiditas (kaku).
 - g. Flexibilitas cerea (*waxy flexibility*) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.

- h. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
 - i. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
4. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
 - b. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
 - c. Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia.
5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini.
 - b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
 - c. Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).
6. Skizofrenia residual (F 20. 5)
- a. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak

mata, modulasi suara dan posisi tubuh, erawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.

- b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- c. Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
- d. Tidak terdapat demencia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

7. Skizofrenia simpleks (F 20. 6)

- a. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalanperlahan dan progresif dari :
 - 1) Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.
 - 2) Disertai dengan perubahan – perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.
- b. Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtipe skizofrenia lainnya.

8. Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

9. Skizofrenia lainnya (F.20.8)

Termasuk skizofrenia *chenesthopathic* (terdapat suatu perasaanyang tidaknyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.

2.2 Konsep Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku Kekerasan adalah Suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam 2 bentuk yaitu sedang berlangsung Perilaku Kekerasan atau riwayat Perilaku Kekerasan (Untari & Irna, 2020). Perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri (Winranto, 2021).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjai dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari marah akibat tidak mampu klien untuk mengatasi strssor lingkungan yang dialaminya (Wulansari, 2021).

2.2.2 Etiologi Perilaku Kekerasan

Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, dan kurang percaya diri. Untuk faktor penyebab dari perilaku kekerasan yang lain seperti situasi lingkungan yang terbiasa dengan kebisingan, padat, interaksi sosial yang proaktif, kritikan yang mengarah pada penghinaan, dan kehilangan orang yang di cintai (pekerjaan). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman (Kandar & Iswanti, 2019).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi Perilaku Kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter yaitu adanya anggota keluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA (narkoti, psikotropika dan zat aditif lainnya).

b. Faktor psikologis

Beberapa faktor psikologis yang mempengaruhi Perilaku Kekerasan menurut adalah sebagai berikut :

1) Kehilangan

Kehilangan adalah suatu keadaan dimana seseorang merasa kekurangan atas ketiadaan sesuatu yang tadinya ada. Kehilangan

disebabkan oleh berbagai macam yaitu kehilangan orang yang dicintai, barang maupun pekerjaan. Rasa kehilangan akan menyebabkan seseorang merasa cemas hingga mengalami kecemasan yang berlebihan itulah yang akan menyebabkan seseorang mengalami gangguan kejiwaan.

2) Kepribadian

Kepribadian adalah organisasi-organisasi dinamis sistem-sistem psikofisik dalam individu yang turut menentukan cara-caranya yang unik/khas dalam menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Kepribadian adalah sesuatu yang menentukan perilaku dalam ketetapan situasi dan kesadaran jiwa. Faktor yang mendukung terjadinya Perilaku Kekerasan yaitu kepribadian tertutup.

c. Faktor Sosiokultural

Teori lingkungan sosial (social environment theory) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (social learning theory).

d. Faktor sosial budaya

Beberapa faktor sosial budaya yang mempengaruhi Perilaku Kekerasan adalah :

1) Pekerjaan

Faktor status sosioekonomi yang rendah menjadi penyumbang terbesar adanya gangguan jiwa dan menyebabkan perilaku agresif

dibandingkan dengan pada seseorang yang memiliki tingkat perekonomian tinggi. Seseorang yang tidak memiliki pekerjaan mempengaruhi kejadian perilaku kekerasan, masalah status sosioekonomi yang rendah berdampak pada status kesehatan jiwa seseorang dan berpotensi menyebabkan gangguan jiwa dan menyebabkan perilaku agresif atau Perilaku Kekerasan.

2) Pernikahan

Penderita Perilaku Kekerasan yang dirawat dengan gangguan jiwa memiliki riwayat status perkawinan hampir setengahnya belum menikah atau bercerai. Tidak terpenuhinya atau kegagalan dalam memenuhi tugas perkembangan pada masa perkawinan merupakan stresor bagi individu. Rasa malu dan marah dapat menimbulkan frustrasi bagi penderita sehingga mengakibatkan penderita cenderung mengalami perilaku maladaptive.

2. Faktor Presipitasi

Ketika seseorang merasa terancam terkadang tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Tetapi secara umum, seseorang akan mengerluarkan respon marah apabila merasa dirinya terancam. Faktor presipitasi bersumber dari klien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain. Faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi dua, yaitu :

a. Klien

Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri.

b. Lingkungan

Ribut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

2.2.3 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Menurut (Malfasari et al., 2020) tanda dan gejala Risiko Perilaku

1. Mayor

a. Subjektif

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras dan bicara ketus.

b. Objektif

Menyerang orang lain, melukai orang lain / diri sendiri, merusak lingkungan dan perilaku agresif atau amuk..

2. Minor

a. Objektif

Mata melotot atau pandangan mata tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan postur tubuh kaku.

2.2.4 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Menurut (Siauta et al., 2020) Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa dia “Tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).

non medis seperti terapi generalis, untuk mengenal masalah perilaku kekerasan serta mengajarkan pengendalian amarah kekerasan secara fisik : nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, berkomunikasi verbal dengan baik-baik, spritual : beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok (Hastuti et al., 2019).

1. Terapi Medis

Psikomarmaka adalah terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Dengan demikian kepatuhan mium obat adalah mengonsumsi obat yang direspkan oleh dokter pada waktu dan dosis yang tepat karena pengobatan hanya akan efektif apabila penderita memenuhi aturan dalam penggunaan obat.

2. Tindakan Keperawatan

Strategi Pelaksanaan (SP) yang dilakukan oleh pasien dengan perilaku kekerasan adalah diskusi mengenai cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, obat, verbal, dan spritual. Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dapat dilakukan dengan cara latihan tarik nafas dalam Strategi Pelaksanaan (SP) yang dilakukan oleh klien dengan perilaku kekerasan adalah diskusi mengenai cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, obat, verbal, dan spritual. Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dapat dilakukan dengan cara latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, berkomunikasi verbal dengan baik-baik, spritual : beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. :

1. Identitas klien

Perilaku kekerasan jenis kelamin terbanyak dominan laki-laki, usia rata-rata yang melakukan perilaku kekerasan 30 sampai 50 tahun dengan jenjang karir rata-rata lulusan SD.

2. Alasan Masuk

Marah-marah, memukul orang lain, membanting suatu benda, bertengkar dengan orang lain.

3. Faktor predisposisi

Mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien tentang faktor predisposisi, faktor predisposisi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

4. Pemeriksaan fisik

Klien dengan perilaku kekerasan pemeriksaan fisik biasanya tekanan darah naik, nadi naik, dan dengan kondisi fisik muka merah, otot wajah tegang.

5. Psikososial

a. Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Pada klien perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi klien.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal dan muka merah.

2) Identitas diri

Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah dan bermusuhan.

3) Fungsi peran

Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

4) Ideal diri

Klien dengan perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya.

5) Harga diri

Harga diri yang dimiliki oleh klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal PK marah yang tidak biasa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

c. Hubungan sosial

Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya

resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol.

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan dan ibadah pada pasien perilaku kekerasan menganggap tidak ada gunanya menjalankan ibadah.

6. Status mental

a. Penampilan

Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

b. Pembicaraan

Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor.

c. Aktivitas motorik

Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah dan jalanmondar mandiri.

d. Afek dan Emosi

Untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membating barang-barang/melukai diri sendiri, orang lain maupun sekitar dan berteriak-teriak.

e. Interaksi selama wawancara

Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis dan menolak dengan kasar. Bermusuhan: dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

f. Presepsi / sensori

Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami presepsi sensori sebagai penyebabnya.

7. Proses pikir

a. Proses pikir

Proses pikir klien perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

b. Isi pikirannya

Pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya dengan orang lain dan merasa dirinya tidak aman.

8. Tingkat kesadaran

Tidak sadar, bigung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat keasadarannya bigung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

9. Memori

Klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang.

10. Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan, tegang dan kegelisahan.

11. Kemampuan penilaian / pengambilan keputusan

Klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

12. Daya tilik

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah.

13. Mekanisme koping

Klien dengan perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan, dengan menggunakan cara maldatif seperti minum alkohol, merokok reaksi lambat/berlebihan ,menghindar, mencederai diri atau lainnya.

2.3.2 Masalah Keperawatan

Masalah Keperawatan dikutip dari buku ajar asuhan keperawatan jiwa (Herman, 2011)

1. Perilaku kekerasan
2. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
3. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi
4. Harga diri rendah kronis
5. Isolasi sosial.
6. Berduka Dingfusional.
7. Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.
8. Koping keluarga tidak efektif.

2.3.3 Diagnosis

Menurut (Yusuf, A. Fitriyasaki, Nihayati, 2015)

1. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan.
2. Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah.

2.3.4 Rencana Keperawatan

Menurut (Budi Anna Keliat et al., 2019) dalam bukunya, Asuhan Keperawatan Jiwa, rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan :

1. Tindakan Keperawatan Ners

- a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 30 menit maka perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Pasien mampu mengkaji tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 2) Pasien mampu mengkaji penyebab perilaku kekerasan

- 3) Pasien mampu mengatasi perilaku kekerasan
- 4) Pasien mampu memahami akibat dari perilaku kekerasan

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Latih pasien untuk melakukan relaksasi : Tarik nafas dalam, Pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan
- 2) Latih pasien untuk bicara dengan baik : Mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik.
- 3) Latih de-eskalasi secara verbal maupun tertulis
- 4) Latih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut (sholat, berdoa, dan kegiatan ibadah yang lainnya).
- 5) Latih pasien patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi).
- 6) Bantu pasien dalam mengendalikan perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan.
- 7) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan.
- 8) Berikan pujian pada pasien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan.

2. Tindakan pada keluarga

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 30 menit maka perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluarga mampu memahami pengertian perilaku kekerasan.
- 2) Keluarga dapat memahami penyebab perilaku kekerasan
- 3) Keluarga dapat memahami dan menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 4) Keluarga mampu memahami cara merawat pasien perilaku kekerasan

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Kaji masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses terjadinya perilaku kekerasan yang dialami pasien.
- 3) Mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien.
- 4) Melatih keluarga cara merawat perilaku kekerasan pasien
- 5) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman: Mengurangi stres di dalam keluarga dan memberi motivasi pada pasien
- 6) Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

3. Tindakan pada kelompok pasien TAK)

a. Tindakan Keperawatan

Terapi aktivitas kelompok : Stimulasi persepsi

- 1) Sesi 1 : Mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- 2) Sesi 2 : Mencegah perilaku kekerasan secara fisik
- 3) Sesi 3 : Mencegah perilaku kekerasan dengan verbal
- 4) Sesi 4 : Mencegah perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- 5) Sesi 5 : Mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengonsumsi obat.

Tindakan keperawatan

1 Sp Pasien

a. Sp1 Pasien

- 1) Mengidentifikasi penyebab PK.
- 2) Mengidentifikasi tanda dan gejala PK.
- 3) Mengidentifikasi PK yang dilakukan.
- 4) Mengidentifikasi akibat PK
- 5) Menyebutkan cara mengontrol.
- 6) Membuat pasien memprakteklatihan Cara fisik I : Nafas dalam
- 7) Mengajarkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian.

b. Sp2 Pasien

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatanharian pasien.
- 2) Melatih pasien mengontrol PKdengan **Cara fisik II : Pukul bantal / kasur.**
- 3) Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

c. Sp3 Pasien

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

- 2) Melatih pasien mengontrol PK dengan **Cara Verbal : meminta / menolakkungkapkan dengan asertif.**
 - 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- d. Sp4 Pasien
- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
 - 2) Melatih pasien mengontrol PK dengan **Cara spiritual.**
 - 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- e. Sp5 Pasien
- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
 - 2) Menjelaskan cara mengontrol PK dengan **memanfaatkan / minum obat.**
 - 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- 2 Sp Keluarga
- a. Sp1 Keluarga
- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
 - 2) Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK.
 - 3) Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK
- b. Sp2 Keluarga
- 1) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK.
 - 2) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepadapatient PK.

c. Sp3 Keluarga

- 1) Membantu keluarga membuatjadual aktivitas di rumah termasuk minum obat(*discharge planning*).
- 2) Menjelaskan follow up pasien setelah pulang.

2.3.5 Implementasi

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi (Anggit, 2021).

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi Keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut, S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, A: Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada, dan P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien rencana tindak lanjut dapat

berupa hal rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah) atau rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan terapi hasil belum memuaskan) (Anggit, 2021).

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan lainnya, yang direncanakan, mempunyai tujuan, dan difokuskan kepada proses kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik ini digunakan untuk menciptakan hubungan yang baik antara perawat dan pasien sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Dengan penerapan komunikasi terapeutik yang benar akan membantu dalam kelancaran pemberian asuhan keperawatan untuk pasien (Kristyaningsih et al., 2018).

2.4.2 Komponen Komunikasi Terapeutik

Ada 6 komponen dalam komunikasi menurut (Murniarti, 2019) yaitu :

1. Komunikator

Komunikator adalah orang yang menyampaikan pesan atau maksud dan tujuan tertentu kepada komunikan (penerima pesan).

2. Komunikan

Komunikan adalah orang yang menerima pesan dari komunikator.

3. Pesan

Pesan adalah isi dari sesuatu yang ingin di sampaikan, bisa berupa maksud atau tujuan.

4. Media

Media adalah alat penghubung atau sarana dalam penyampaian pesan dalam komunikasi

5. Feedback

Feedback adalah umpan balik atau respon dari komunikan

6. Effect

Effect adalah akibat atau pengaruh yang di timbulkan dari komunikan setelah menerima pesan.

2.4.3 Fase Komunikasi Terapeutik

Menurut (Ferginia P., 2021) ada 4 tahapan dalam komunikasi, yaitu :

1. Fase Pra Interaksi

Fase ini adalah fase awal persiapan sebelum memulai interaksi dengan klien. Hal-hal yang dilakukan pada fase ini yaitu evaluasi diri, penetapan tahapan hubungan dan rencana interaksi. Segala hal yang sekiranya dibutuhkan untuk komunikasi akan dipersiapkan.

2. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

Pada tahapan ini, tenaga Kesehatan akan memulai komunikasi dengan memperkenalkan diri agar terbentuk kepercayaan sebagai landasan komunikasi terapeutik.

b. Evaluasi dan Validasi

Evaluasi adalah kegiatan pengumpulan data untuk mengukur sejauh mana sudah tercapai. Validasi adalah data evaluasi yang baik sesuai dengan kenyataan.

c. Kontrak

1) Topik

Topik adalah inti utama dari seluruh isi tulisan yang hendak disampaikan.

2) Waktu

Mengenai tentang hari, tanggal dan jam bertemu antara petugas Kesehatan dan pasien.

3) Tempat

Lokasi atau tempat saat pasien dan petugas Kesehatan bertemu sesuai janji yang telah disepakati.

3. Fase Kerja

Fase kerja yang merupakan fase inti hubungan dengan klien. Berbagai kegiatan dalam fase ini adalah meningkatkan pengertian dan pengenalan klien akan diri; perilaku; perasaan dan pikirannya, mengembangkan; mempertahankan dan meningkatkan kemampuan klien secara mandiri dalam menyelesaikan masalah, melaksanakan terapi, melaksanakan pendidikan kesehatan, melaksanakan kolaborasi dan melaksanakan observasi serta monitoring.

4. Fase Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi Subjektif

Suatu pengukuran hasil yang didapatkan secara subjektif pada pasien.

2) Evaluasi Objektif

Suatu pengukuran hasil yang didapatkan secara objektif pada pasien.

b. Tindak Lanjut

Rencana yang akan disepakati antara pasien dan petugas Kesehatan untuk pembahasan pada topik berikutnya.

c. Kontrak

1) Topik

Topik adalah inti utama dari seluruh isi tulisan yang hendak disampaikan.

2) Waktu

Mengenai tentang hari, tanggal dan jam bertemu antara petugas Kesehatan dan pasien.

3) Tempat

Lokasi atau tempat saat pasien dan petugas Kesehatan bertemu sesuai janji yang telah disepakati.

2.5 Konsep Stes dan Adaptasi

2.5.1 Pengertian Stres

Stres adalah sekumpulan perubahan fisiologis akibat tubuh terpapar terhadap bahaya ancaman. Stres memiliki dua komponen: fisik yakni perubahan fisiologis dan psikologis yakni bagaimana seseorang merasakan keadaan dalam hidupnya.

Perubahan keadaan fisik dan psikologis ini disebut sebagai stresor (pengalaman yang menginduksi respon stres) (Pinel, 2009).

Stres adalah suatu reaksi tubuh yang dipaksa, di mana ia boleh mengganggu equilibrium (homeostasis) fisiologi normal (Julie K., 2005). Sedangkan menurut WHO (2003) Stres adalah reaksi/respons tubuh terhadap stresor psikososial (tekanan mental/beban kehidupan). Stres dewasa ini digunakan secara bergantian untuk menjelaskan berbagai stimulus dengan intensitas berlebihan yang tidak disukai berupa respons fisiologis, perilaku, dan subjektif terhadap stres; konteks yang menjembatani pertemuan antara individu dengan stimulus yang membuat stres semua sebagai suatu sistem.

2.5.2 Klasifikasi Stres

Menurut Stuart dan Sundeen (2005) mengklasifikasikan tingkat stres, yaitu:

1. Stress Ringan

Pada tingkat stres ini sering terjadi pada kehidupan sehari-hari dan kondisi ini dapat membantu individu menjadi waspada dan bagaimana mencegah berbagai kemungkinan yang akan terjadi.

2. Stress Sedang

Pada stres tingkat ini individu lebih memfokuskan hal penting saat ini dan mengesampingkan yang lain sehingga mempersempit lahan persepsinya.

3. Stress Berat

Pada tingkat ini lahan persepsi individu sangat menurun dan cenderung memusatkan perhatian pada hal-hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk

mengurangi stres. Individu tersebut mencoba memusatkan perhatian pada lahan lain dan memerlukan banyak pengarahan.

2.5.3 Penggolongan Stres

Menurut Selye (2005) dalam menggolongkan stres menjadi dua golongan yang didasarkan atas persepsi individu terhadap stres yang dialaminya yaitu :

1. Distres (stres negatif)

Merupakan stres yang merusak atau bersifat tidak menyenangkan. Stres dirasakan sebagai suatu keadaan dimana individu mengalami rasa cemas, ketakutan, khawatir atau gelisah. Sehingga individu mengalami keadaan psikologis yang negatif, menyakitkan dan timbul keinginan untuk menghindarinya.

2. Eustres (stres positif)

Eustres bersifat menyenangkan dan merupakan pengalaman yang memuaskan, frase joy of stres untuk mengungkapkan hal-hal yang bersifat positif yang timbul dari adanya stres. Eustres dapat meningkatkan kesiagaan mental, kewaspadaan, kognisi dan performansi kehidupan. Eustres juga dapat meningkatkan motivasi individu untuk menciptakan sesuatu, misalnya menciptakan karya seni.

2.5.4 Respon Psikologi Stres

Reaksi psikologis terhadap stres dapat meliputi, (Sarafino, 2007) :

1. Kognisi

Stres dapat melemahkan ingatan dan perhatian dalam aktivitas kognitif. Stresor berupa kebisingan dapat menyebabkan defisit kognitif pada anak-anak. Kognisi juga dapat berpengaruh dalam stres.

2. Emosi

Emosi cenderung terkait dengan stres. Individu sering menggunakan keadaan emosionalnya untuk mengevaluasi stres. Proses penilaian kognitif dapat mempengaruhi stres dan pengalaman emosional. Reaksi emosional terhadap stres yaitu rasa takut, fobia, kecemasan, depresi, perasaan sedih dan rasa marah.

3. Perilaku Sosial

Stres dapat mengubah perilaku individu terhadap orang lain. Individu dapat berperilaku menjadi positif maupun negatif. Bencana alam dapat membuat individu berperilaku lebih kooperatif, dalam situasi lain, individu dapat mengembangkan sikap bermusuhan. Stres yang diikuti dengan rasa marah menyebabkan perilaku sosial negatif cenderung meningkat sehingga dapat menimbulkan perilaku agresif. Stres juga dapat mempengaruhi perilaku membantu pada individu.

2.5.5 Reaksi Psikologis Terhadap Stres

1. Kecemasan

Respons yang paling umum merupakan tanda bahaya yang menyatakan diri dengan suatu penghayatan yang khas, yang sukar digambarkan adalah emosi yang tidak menyenangkan dengan istilah kuatir, tegang, prihatin, takut seperti jantung berdebar-debar, keluar keringan dingin, mulut kering, tekanan darah tinggi dan susah tidur.

2. Kemarahan dan Agresi

Perasaan jengkel sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman. Merupakan reaksi umum lain terhadap situasi stres yang mungkin dapat menyebabkan agresi.

3. Depresi

Keadaan yang ditandai dengan hilangnya gairah dan semangat. Terkadang disertai rasa sedih.

2.5.6 Cara Mengendalikan Stres

Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan keinginan yang akan dicapai dan respons terhadap situasi yang menjadi ancaman bagi individu. Cara yang dapat dilakukan adalah :

1. Individu

- a. Kenali diri sendiri.
- b. Turunkan kecemasan.
- c. Tingkatkan harga diri.
- d. Persiapan diri.
- e. Pertahankan dan tingkatkan cara yang sudah baik.

2. Dukungan sosial

- a. Pemberian dukungan terhadap peningkatan kemampuan kognitif.
- b. Ciptakan lingkungan keluarga yang sehat.
- c. Berikan bimbingan mental dan spiritual untuk individu tersebut dari keluarga.
- d. Berikan bimbingan khusus untuk individu.

2.5.7 Pengertian Adaptasi

Adaptasi adalah proses penyesuaian diri terhadap beban lingkungan agar organisme dapat bertahan hidup (Sarafino, 2005). Sedangkan menurut Gerungan (2006) menyebutkan bahwa adaptasi atau penyesuaian diri adalah mengubah diri sesuai dengan keadaan lingkungan, tetapi juga mengubah lingkungan sesuai dengan keadaan (keinginan diri).

2.5.8 Macam - Macam Adaptasi

1. Adaptasi fisiologis

Proses dimana respon tubuh terhadap stresor untuk mempertahankan fungsi kehidupan, dirangsang oleh faktor eksternal dan internal, respons dapat dari sebagian tubuh atau seluruh tubuh serta setiap tahap perkembangan punya stresor tertentu.

Mekanisme fisiologis adaptasi berfungsi melalui umpan balik negatif, yaitu suatu proses dimana mekanisme kontrol merasakan suatu keadaan abnormal seperti penurunan suhu tubuh dan membuat suatu respons adaptif seperti mulai mengigil untuk membangkitkan panas tubuh.

Ketiga dari mekanisme utama yang digunakan dalam menghadapi stressor dikontrol oleh medula oblongata, formasi retikuler dan hipofisis. Riset klasik yang telah dilakukan oleh Hans Selye (1946,1976) telah mengidentifikasi dua respons fisiologis terhadap stres, yaitu:

a. LAS (Lokal Adaptation Syndrome)

Tubuh menghasilkan banyak respons setempat terhadap stres, responnya berjangka pendek. Karakteristik dari LAS :

- 1) Respon yang terjadi hanya setempat dan tidak melibatkan semua sistem.
- 2) Respons bersifat adaptif, diperlukan stresor untuk menstimulasikannya.
- 3) Respons bersifat jangka pendek dan tidak terus menerus.
- 4) Respons bersifat restorative.

b. GAS (General Adaptation Syndrom)

Merupakan respons fisiologis dari seluruh tubuh terhadap stres. Respons yang terlibat didalamnya adalah sistem saraf otonom dan sistem endokrin. Di beberapa buku teks GAS sering disamakan dengan Sistem Neuroendokrin. GAS diuraikan dalam tiga tahapan berikut :

1) Fase alarm

Melibatkan pengerahan mekanisme pertahanan dari tubuh dan pikiran untuk menghadapi stresor seperti pengaktifan hormon yang berakibat meningkatnya volume darah dan akhirnya menyiapkan individu untuk bereaksi. Aktifitas hormonal yang luas ini menyiapkan individu untuk melakukan respons melawan atau menghindar. Respons ini bisa berlangsung dari menit sampai jam. Bila stresor menetap maka individu akan masuk kedalam fase resistensi.

2) Fase resistensi (melawan)

Individu mencoba berbagai macam mekanisme penanggulangan psikologis dan pemecahan masalah serta mengatur strategi. Tubuh berusaha menyeimbangkan kondisi fisiologis sebelumnya kepada keadaan normal dan tubuh mencoba mengatasi faktor-faktor penyebab stres. Bila teratasi, gejala stres menurun atau normal. Bila gagal maka individu tersebut akan jatuh pada tahapan terakhir dari GAS yaitu: Fase kehabisan tenaga.

3) Fase exhaustion (kelelahan)

Merupakan fase perpanjangan stres yang belum dapat tertanggulangi pada fase sebelumnya. Tahap ini cadangan energi telah menipis atau habis, akibatnya tubuh tidak mampu lagi menghadapi stres. Ketidakmampuan tubuh untuk mempertahankan diri terhadap stresor inilah yang akan berdampak pada kematian individu tersebut.

2. Adaptasi psikologis

Perilaku adaptasi psikologi membantu kemampuan seseorang untuk menghadapi stresor, diarahkan pada penatalaksanaan stres dan didapatkan melalui pembelajaran dan pengalaman sejalan dengan pengidentifikasian perilaku yang dapat diterima dan berhasil.

Perilaku adaptasi psikologi dapat konstruktif atau destruktif. Perilaku konstruktif membantu individu menerima tantangan untuk menyelesaikan konflik. Perilaku destruktif mempengaruhi orientasi realitas, kemampuan pemecahan masalah, kepribadian dan situasi yang sangat berat, kemampuan untuk berfungsi.

Perilaku adaptasi psikologis juga disebut sebagai mekanisme koping. Mekanisme ini dapat berorientasi pada tugas, yang mencakup penggunaan teknik pemecahan masalah secara langsung untuk menghadapi ancaman atau dapat juga mekanisme pertahanan ego, yang tujuannya adalah untuk mengatur distress emosional dan dengan demikian memberikan perlindungan individu terhadap ansietas dan stres. Mekanisme pertahanan ego adalah metode koping terhadap stres secara tidak langsung.

a. Task oriented behavior

Perilaku berorientasi tugas mencakup penggunaan kemampuan kognitif untuk mengurangi stres, memecahkan masalah, menyelesaikan konflik dan memenuhi kebutuhan (Stuart & Sundeen, 2005). Tiga tipe umum perilaku yang berorientasi tugas adalah :

- 1) Perilaku menyerang adalah tindakan untuk menyingkirkan atau mengatasi suatu stresor.
- 2) Perilaku menarik diri adalah menarik diri secara fisik atau emosional dari stressor.
- 3) Perilaku kompromi adalah mengubah metode yang biasa digunakan, mengganti tujuan atau menghilangkan kepuasan terhadap kebutuhan untuk memenuhi lain atau untuk menghindari stres.

b. Ego Dependen Mekanism

Perilaku tidak sadar yang memberikan perlindungan psikologis terhadap peristiwa yang menegangkan (Sigmund Freud). Mekanisme ini sering kali diaktifkan oleh stressor jangka pendek dan biasanya tidak

mengakibatkan gangguan psikiatrik. Adanya mekanisme pertahanan ego, yaitu :

- 1) Represi adalah menekan keinginan, impuls/dorongan, pikiran yang tidak menyenangkan ke alam tidak sadar dengan cara tidak sadar.
- 2) Supresi adalah menekan secara sadar pikiran, impuls, perasaan yang tidak menyenangkan ke alam tidak sadar.
- 3) Reaksi formasi adalah tingkah laku berlawanan dengan perasaan yang mendasari tingkah laku tersebut.
- 4) Kompensasi adalah tingkah laku menggantikan kekurangan dengan kelebihan yang lain. Kompensasi langsung dan Kompensasi tidak langsung.
- 5) Rasionalisasi adalah berusaha memperlihatkan tingkah laku yang tampak sebagai pemikiran yang logis bukan karena keinginan yang tidak disadari.
- 6) Substitusi adalah mengganti obyek yang bernilai tinggi dengan obyek yang kurang bernilai tetapi dapat diterima oleh masyarakat.
- 7) Restitusi adalah mengurangi rasa bersalah dengan tindakan pengganti.
- 8) Displacement adalah memindahkan perasaan emosional dari obyek sebenarnya kepada obyek pengganti.
- 9) Proyeksi adalah memproyeksikan keinginan, perasaan, impuls, pikiran pada orang lain/obyek lain/lingkungan untuk mengingkari.
- 10) Simbolisasi adalah menggunakan obyek untuk mewakili ide/emosi yang menyakitkan untuk diekspresikan.

- 11) Regresi adalah ego kembali pada tingkat perkembangan sebelumnya dalam pikiran, perasaan dan tingkah lakunya.
- 12) Denial adalah mengingkari pikiran, keinginan, fakta dan kesedihan.
- 13) Sublimasi adalah memindahkan energi mental (dorongan) yang tidak dapat diterima kepada tujuan yang dapat diterima masyarakat.
- 14) Konversi adalah pemindahan konflik mental pada gejala fisik.
- 15) Introyeksi adalah mengambil alih semua sifat dari orang yang berarti menjadi bagian dari kepribadiannya sekarang.

3. Adaptasi perkembangan

Pada setiap tahap perkembangan, seseorang biasanya menghadapi tugas perkembangan dan menunjukkan karakteristik perilaku dari tahap perkembangan tersebut. Stres yang berkepanjangan dapat mengganggu atau menghambat kelancaran menyelesaikan tahap perkembangan tersebut. Dalam bentuk ekstrem, stres yang terlalu berkepanjangan dapat mengarah pada krisis pendewasaan.

Bayi atau anak kecil umumnya menghadapi stresor di rumah. Jika diasuh dalam lingkungan yang responsive dan empati, mereka mampu mengembangkan harga diri yang sehat dan pada akhirnya belajar respons koping adaptif yang sehat (Haber et al, 2002).

Anak-anak usia sekolah biasanya mengembangkan rasa kecukupan. Mereka mulai menyadari bahwa akumulasi pengetahuan dan penguasaan keterampilan dapat membantu mereka mencapai tujuan, dan harga diri berkembang melalui hubungan berteman dan saling berbagi diantara teman.

Pada tahap ini, stres ditunjukkan oleh ketidakmampuan atau ketidakinginan untuk mengembangkan hubungan berteman.

Remaja biasanya mengembangkan rasa identitas yang kuat tetapi pada waktu yang bersamaan perlu diterima oleh teman sebaya. Remaja dengan sistem pendukung sosial yang kuat menunjukkan suatu peningkatan kemampuan untuk menyesuaikan diri terhadap stresor, tetapi remaja tanpa sistem pendukung sosial sering menunjukkan peningkatan masalah psikososial (Dubos, 2002).

Dewasa muda berada dalam transisi dari pengalaman masa remaja ke tanggung jawab orang dewasa. Konflik dapat berkembang antara tanggung jawab pekerjaan dan keluarga. Stresor mencakup konflik antara harapan dan realitas.

Usia setengah baya biasanya terlibat dalam membangun keluarga, menciptakan karier yang stabil dan kemungkinan merawat orang tua mereka. Mereka biasanya dapat mengontrol keinginan dan pada beberapa kasus menggantikan kebutuhan pasangan, anak-anak, atau orang tua dari kebutuhan mereka.

Usia lansia biasanya menghadapi adaptasi terhadap perubahan dalam keluarga dan kemungkinan terhadap kematian dari pasangan atau teman hidup. Usia dewasa tua juga harus menyesuaikan terhadap perubahan penampilan fisik dan fungsi fisiologis.

4. Adaptasi sosial budaya

Mengkaji stresor dan sumber koping dalam dimensi sosial mencakup penggalian tentang besarnya, tipe dan kualitas dari interaksi sosial yang ada.

Stresor pada keluarga dapat menimbulkan efek disfungsi yang mempengaruhi klien atau keluarga secara keseluruhan (Reis & Heppner, 2003).

5. Adaptasi spiritual

Orang menggunakan sumber spiritual untuk mengadaptasi stres dalam banyak cara, tetapi stres dapat juga bermanifestasi dalam dimensi spiritual. Stres yang berat dapat mengakibatkan kemarahan pada Tuhan, atau individu mungkin memandang stresor sebagai hukuman.

2.6 Konsep Mekanisme Koping

2.6.1 Pengertian Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 2005). Sedangkan menurut Lazarus (2005), koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya mengatasi tuntutan internal atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu.

2.6.2 Penggolongan Mekanisme Koping

Berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (dua) (Stuart dan Sundeen, 2005) yaitu :

1. Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain,

memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif.

2. Mekanisme koping maladaptive

Mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan / tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar.

2.6.3 Faktor Yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

Mekanisme koping seseorang dipengaruhi oleh faktor – faktor diantaranya: peran dan hubungannya, gizi dan metabolisme, tidur dan istirahat, rasa aman dan nyaman, pengalaman masa lalu, tingkat pengetahuan seseorang, dan lingkungan tempat tinggal (Taylor 2003).

2.6.4 Jenis Mekanisme Koping

1. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari, dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistis tuntutan situasi stres.
 - a. Perilaku menolak digunakan untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.
 - b. Perilaku menarik diri digunakan baik secara fisik maupun psikologis untuk memindahkan seseorang dari sumber stress.
 - c. Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara seseorang mengoperasikan, mengganti tujuan atau mengorbankan aspek kebutuhan personal seseorang.

2. Mekanisme pertahanan ego

Membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi jika berlangsung pada tingkat tidak sadar dan melibatkan penipuan diri dan disorientasi realitas, maka mekanisme ini dapat merupakan respon maladaptif terhadap stres (Stuart dan Sundeen, 2003).

2.6.5 Macam – Macam Mekanisme Koping

1. Mekanisme jangka pendek

- a. Aktifitas yang dapat memberikan pelarian sementara dari krisis identitas, misalnya main musik, tidur, menonton televisi.
- b. Aktifitas yang dapat memberikan identitas pengganti sementara, misalnya ikut dalam aktifitas sosial, keagamaan.
- c. Aktifitas yang secara sementara menguatkan perasaan diri, misalnya olah raga yang kompetitif, pencapaian akademik / belajar giat.
- d. Aktifitas yang mewakili upaya jangka pendek untuk membuat masalah identitas menjadi kurang berarti dalam kehidupan individu, misalnya penyalahgunaan obat (Keliat, 2005).

2. Mekanisme Jangka Panjang

- a. Penutupan identitas yaitu adaptasi identitas pada orang yang menurut klien penting, tanpa memperhatikan kondisi dirinya.
- b. Identitas negatif yaitu klien beranggapan bahwa identifikasi yang tidak wajar akan diterima masyarakat.

3. Mekanisme pertahanan ego, yang sering disebut sebagai mekanisme pertahanan mental. Adapun mekanisme pertahanan ego adalah sebagai berikut :

a. Kompensasi

Proses seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan tegas menonjolkan keistimewaan atau kelebihan yang dimiliki.

b. Penyangkalan (*denial*)

Menyatakan tidak setuju terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Bila individu menyangkal kenyataan, maka dia menganggap tidak ada atau menolak pengalaman yang tidak menyenangkan (sebenarnya mereka sadari sepenuhnya) dengan maksud melindungi diri (Keliat, 2005).

c. Pemindahan (*displacement*)

Pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang atau benda lain yang biasanya netral atau lebih sedikit mengancam dirinya.

d. Disosiasi

Pemisahan suatu kelompok proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya. Keadaan dimana terdapat dua atau lebih kepribadian pada diri seorang individu.

e. Identifikasi (*identification*)

Proses dimana seseorang untuk menjadi seseorang yang ia kagumi berupaya dengan menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut (Stuart dan Sundeen, 2005).

f. Intelektualisasi (*intellectualization*)

Pengguna logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya. Dengan intelektualisasi, manusia dapat mengurangi hal-hal yang pengaruhnya tidak menyenangkan, dan memberikan kesempatan untuk meninjau permasalahan secara obyektif.

g. *Introjeksi (Introjection)*

Suatu jenis identifikasi yang kuat dimana seseorang mengambil dan melebur nilai-nilai dan kualitas seseorang atau suatu kelompok ke dalam struktur egonya sendiri, merupakan hati nurani.

h. *Isolasi*

Pemisahan unsur emosional dari suatu pikiran yang mengganggu dapat bersifat sementara atau berjangka lama.

i. *Proyeksi*

Pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan, perasaan emosional dan motivasi yang tidak dapat ditoleransi. Teknik ini mungkin dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan karena dia harus menerima kenyataan akan keburukan dirinya sendiri (Stuart dan Sundeen, 2005).

j. *Rasionalisasi*

Rasionalisasi dimaksudkan sebagai usaha individu mencari alasan yang dapat diterima secara sosial untuk membenarkan atau menyembunyikan perilakunya yang buruk. Rasionalisasi juga muncul ketika individu menipu dirinya sendiri dengan berpura-pura menganggap yang buruk adalah baik, atau yang baik adalah yang buruk.

k. Reaksi formasi

Individu mengadakan pembentukan reaksi ketika berusaha menyembunyikan motif dan perasaan sebenarnya, dan menampilkan ekspresi wajah yang berlawanan. Dengan cara ini individu dapat menghindarkan diri dari kecemasan yang disebabkan oleh keharusan menghadapi ciri pribadi yang tidak menyenangkan.

l. Regresi

Regresi merupakan respon yang umum bagi individu bila berada dalam situasi frustrasi, setidak-tidaknya pada anak-anak. Dapat pula terjadi bila individu yang menghadapi tekanan kembali lagi kepada metode perilaku yang khas individu yang berusia lebih muda (Stuart dan Sundeen, 2005).

m. Represi

Represi didefinisikan sebagai upaya individu menyingkirkan frustrasi, konflik batin, mimpi buruk, dan sejenisnya yang menimbulkan kecemasan. Bila represi terjadi, hal-hal yang mencemaskan itu tidak akan memasuki kesadaran walaupun masih tetap ada pengaruhnya terhadap perilaku.

n. Pemisahan (splitting)

Sikap mengelompokkan orang atau keadaan hanya sebagai semuanya baik atau semuanya buruk; kegagalan untuk memadukan nilai-nilai positif dan negatif di dalam diri sendiri.

o. Sublimasi

Mengganti keinginan atau tujuan yang terhambat dengan cara yang dapat diterima oleh masyarakat. Impuls yang berasal dari Id yang sukar disalurkan karena mengganggu individu atau masyarakat oleh karena itu impuls harus dirubah bentuknya agar tidak merugikan individu/masyarakat sekaligus mendapatkan pemuasan.

p. Supresi

Supresi merupakan proses pengendalian diri yang terang-terangan ditujukan menjaga agar impuls dan dorongan yang ada tetap terjaga.

q. Undoing

Meniadakan pikiran-pikiran, impuls yang tidak baik, seolah-olah menghapus suatu kesalahan (Smet, 2004).

r. Fiksasi

Dalam menghadapi kehidupannya individu dihadapkan pada situasi menekan yang membuatnya frustrasi dan cemas, sehingga individu tersebut merasa tidak sanggup menghadapinya dan membuat perkembangan normalnya terhenti sementara atau selamanya. Individu menjadi terfiksasi pada satu tahap perkembangan karena tahap berikutnya penuh dengan kecemasan.

s. Menarik Diri

Reaksi ini merupakan respon umum dalam mengambil sikap. Bila individu menarik diri, dia memilih untuk tidak mengambil tindakan. Biasanya respons ini disertai dengan depresi dan sikap apatis (Yosep, 2007).

t. Mengelak

Bila individu merasa diliputi oleh stres yang lama, kuat dan terus menerus, individu cenderung mencoba mengelak. Bisa secara fisik mengelak atau menggunakan metode yang tidak langsung.

u. Fantasi

Dengan berfantasi pada yang mungkin menimpa dirinya, individu merasa mencapai tujuan dan dapat menghindari dirinya dari peristiwa yang tidak menyenangkan, menimbulkan kecemasan dan mengakibatkan frustrasi. Individu yang sering melamun kadang menemukan bahwa kreasi lamunannya lebih menarik dari pada kenyataan sesungguhnya. Bila fantasi ini dilakukan proporsional dan dalam pengendalian kesadaran yang baik, maka fantasi menjadi cara sehat untuk mengatasi stress.

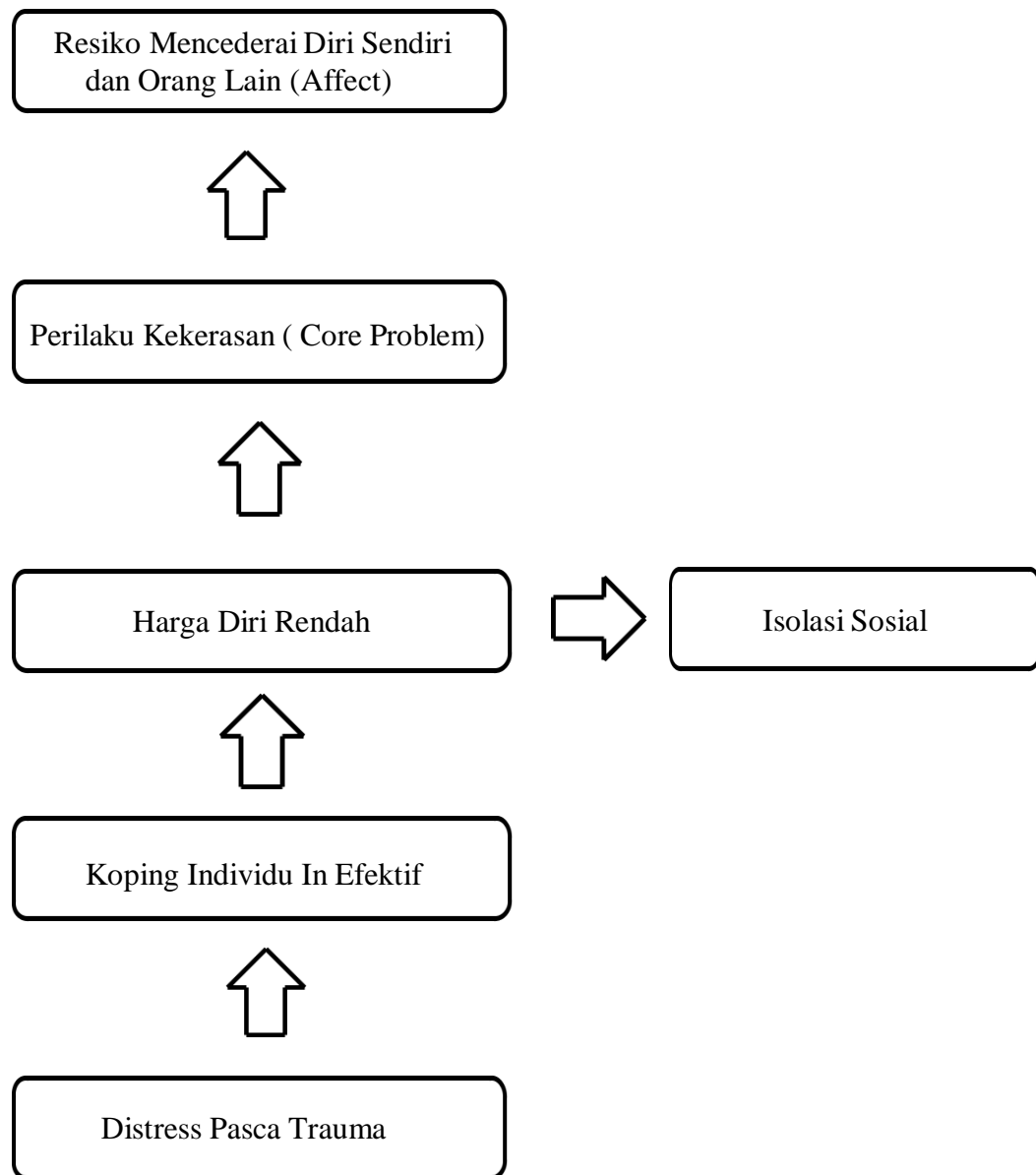
v. Simbolisasi

Menggunakan benda atau tingkah laku sebagai simbol pengganti keadaan atau hal yang sebenarnya (Yosep, 2007).

w. Konversi

Transformasi konflik emosional ke dalam bentuk gejala-gejala jasmani (Stuart dan Sundeen, 2005).

2.7 Pohon Masalah



Gambar 2. 2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan dikutip dari (Wulansari, 2021)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan Perilaku Kekerasan, maka penulis mengajukan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 20 September 2021 sampai dengan 22 September 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 22 September 2022 pukul 08.00 WIB. Anamnesis diperoleh dari pasien dan file No.Register 05.3x.xx sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang pria bernama “W” usia 25 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia dan bahasa Jawa. Status perkawinan pasien saat ini belum menikah, saat ini pasien tidak bekerja dan lulusan SLTA, pasien mengatakan tinggal di Sidoarjo. Pasien MRS di ruang Gelatik tanggal 19 September 2021.

3.1.2 Alasan Masuk

Saat di rumah tanggal 19 September 2021 pasien marah-marah membanting perabot rumah, mengeluarkan semua pakaian yang ada di lemari dikarenakan pasien dilarang mendengarkan musik terlalu kencang oleh ayahnya, lalu oleh keluarga dan tetangga di bawa ke IGD Rumah Sakit Jiwa Menur dengan kondisi terfiksasi (tangan dan kaki) dilakukan pemeriksaan oleh dokter jaga IGD dan disarankan MRS di Ruang Gelatik. Pasien tiba di

ruang Gelatik pkl. 22.42 WIB.

Pada saat pengkajian tanggal 20 September 2021 pkl. 09.00 WIB di Ruang Gelatik K/U pasien tampak gelisah, muka tegang, pandangan mata tajam dan tangan mengepal, Pasien teriak-teriak dan berkata lepas ikatan saya suster “ Ayo gelut ambek aku nek wani “, berkata kotor/misuh, pasien berada di ruang isolasi Gelatik dengan kondisi terfixasi (kedua tangan dan kaki) ditempat tidur.

Keluhan utama

Pasien mengatakan suster lepaskan ikatan saya, lepaskan, cepat.saya sudah muak sama kalian.ayo kelahi dengan saya kalau berani.

Masalah Keperawatan : Perilaku kekerasan.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Riwayat Gangguan Jiwa di masa lalu

Pasien pernah menjalani perawatan 2 kali di Rumah Sakit Jiwa Menur. MRS ke 1 tanggal 16 Februari 2021 hal ini dikarenakan pasien kena PHK dengan masalah keperawatan utama perilaku kekerasan dengan keluhan utama marah-marah memukul ibu karena tidak diberi uang untuk beli rokok dan MRS ke 2 tanggal 19 September 2021.

2. Riwayat pengobatan sebelumnya

Riwayat pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien mengatakan “ bosan mau minum obat karena mengantuk sehingga tidak bisa beraktivitas.”

3. Pengalaman masa lalu berkaitan dengan perilaku kekerasan

Pasien tidak pernah mengalami pengalaman aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga, tindakan kriminal.

Masalah Keperawatan : Regimen Terapeutik Tidak Efektif dan Risiko Mencederai Diri dan Orang Lain

4. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti pasien, tidak ada anggota keluarga yang mengalami gejala gangguan jiwa dan tidak ada anggota keluarga yang mengalami riwayat pengobatan/perawatan jiwa.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Riwayat masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan pernah di PHK saat bekerja di pabrik plastik, respon pasien saat itu marah dan tidak terima ditinggal kekasihnya dan dampak dari kejadian itu pasien lebih cenderung diam dan menutup diri dari keluarga dan lingkungan sekitarnya.

Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital :

TD : 135/80 mmHg N : 98 x/menit

S : 36,5 °C Rr : 20 x/menit

2. Ukur :

TB : 164 cm BB : 61 kg

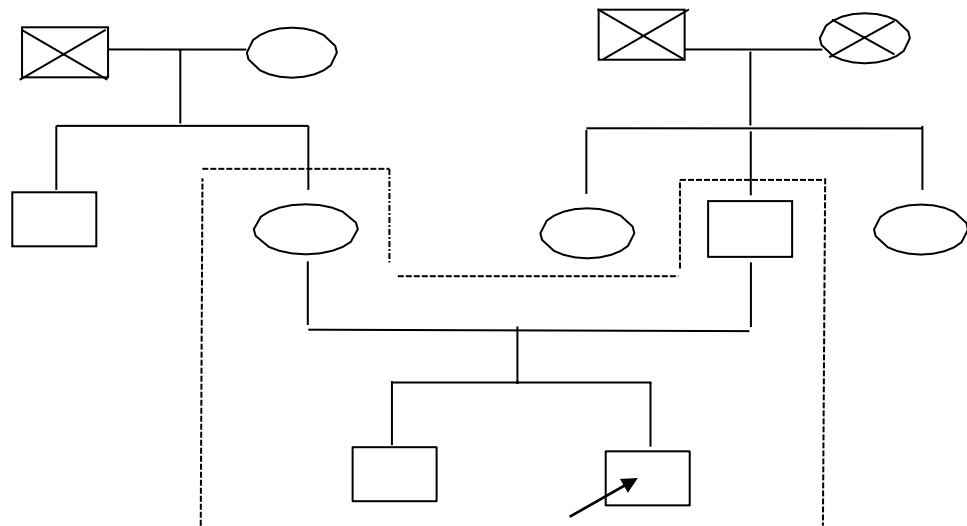
IMT : 23,4 (Obesitas)

3. Keluhan Fisik : Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik

Masalah Keperawatan : Obesitas

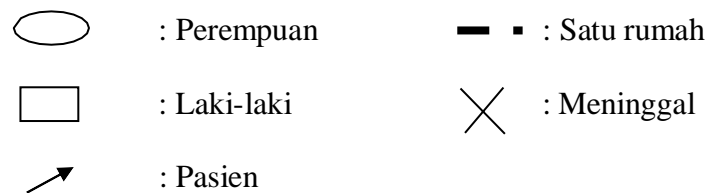
3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Gambar 3. 1 Genogram

Keterangan :



Pasien adalah anak ke 2 dari 2 bersaudara, tinggal serumah dengan kedua orang tua dan kakak kandungnya, hubungan pasien dengan orang tuanya kurang baik karena sering bertengkar.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya, khususnya dibagian wajah karena pasien merasa dirinya tampan.

b. Identitas

Pasien mengatakan dalam keluarga berstatus sebagai anak laki-laki yang belum menikah dan bekerja

c. Peran

Pasien mengatakan merasa gagal menjadi anak karena tidak bisa membahagiakan orang tua, karena belum bekerja.

d. Ideal diri

Pasien mengatakan berharap cepat pulang karena tidak nyaman berada di Rumah Sakit dan ingin segera mencari pekerjaan.

e. Harga diri

Pasien mengatakan merasa malu dengan keluarga dan tetangga karena sampai saat ini belum bekerja setelah di PHK.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah kakak kandungnya karena yang mengerti kondisi pasien.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok ataupun masyarakat. Pasien mengatakan malas berkumpul sama tetangga yang sukanya menyindir .

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan tidak mau mengajak bicara tetangganya karena pernah di olok-olok sudah besar belum bekerja, tidak kasihan sama bapaknya.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri

4. Spiritual

1. Nilai dari keyakinan

Pasien mengatakan bahwa tidak merasa mengalami gangguan jiwa dan tidak ada hubungan dengan agama.

2. Kegiatan ibadah

SMRS : Pasien mengatakan rajin beribadah sholat 5 waktu.

MRS : Pasien mengatakan tidak beribadah karena tidak ada peralatan sholat.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Saat pengkajian pasien terfiksasi ditempat tidur tanpa menggunakan baju hanya menggunakan celana saja.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri.

2. Pembicaraan

Saat pengkajian nada bicara pasien tinggi, verbal irrelevant.

Masalah Keperawatan : Hambatan Komunikasi Verbal

3. Aktivitas motorik

Saat pengkajian pasien tampak gelisah karena tidak nyaman terfixasi di tempat tidur dan berusaha melepas tali fixasi

Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivitas

4. Alam Perasaan

Pasien merasa sedih karena belum saja mendapatkan pekerjaan setelah di PHK.

Masalah Keperawatan : Ansietas

5. Afek

Saat pengkajian a/e pasien labil karena tiba-tiba marah (teriak-teriak, nada tinggi, mencoba melapas tali fiksasi sampai tempat tidur pasien ikut bergerak), meludahi perawat, Pasien mengatakan sus tolong lepaskan ikatan saya dan meludah.

Masalah Keperawatan : Perilaku Kekerasan

6. Interaksi Dalam Wawancara

Saat pengkajian pasien kooperatif, mau menjawab pertanyaan perawat, kontak mata ada meski tatapan mata tajam, nada bicara jelas dan tegas.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

7. Persepsi Halusinasi

Pasien mengatakan tidak pernah mendengar bisikan-bisikan atau suara-suara, pasien tidak melihat bayangan-bayangan, tidak ada halusinasi pengecapan, perabaan dan pembauan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Proses Pikir

Saat pengakajian proses pikir flight of ideas karena sering berpindah topik, pasien sering minta dilepas ikatannya.

Masalah Keperawatan : Perubahan Proses Pikir

9. Isi Pikir

Isi pikir pasien sesuai tidak ada waham.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat Kesadaran

Pasien tampak bingung, gelisah, tidak ada disorientasi waktu, tempat dan orang.

Masalah Keperawatan : Perubahan Proses Pikir

11. Memori

Pasien mampu mengingat pernah MRS dan alasan kenapa dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur, pasien juga masih mengingat memori jangka panjang dan pendek

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien mampu mengulangi pembicaraan dan mampu berhitung sederhana 1-10.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan Penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan tanpa arahan seperti cuci tangan dulu sebelum makan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak merasa sakit gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Perubahan Proses Pikir

3.1.7 Kebutuhan Pulang

1. Kemampuan pasien memenuhi/ menyediakan kebutuhan

Pasien mampu memenuhi kebutuhan makanan, keamanan, perawatan kesehatan, pakaian, transportasi, tempat tinggal dan uang.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Kegiatan hidup sehari-hari

- a. Perawatan diri “ apakah memerlukan bantuan minimal/total”

ADL pasien mendapatkan bantuan total karena pasien terfixasi di tempat tidur, tetapi jika pasien tidak terfixasi maka ADL mandiri.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- b. Nutrisi (apakah puas dengan pola makan anda, apakah anda harus makan memisahkan diri

Pasien makan 3 kali dengan bantuan total dari perawat. Porsi makan habis 1 porsi dari menu RS dan memisahkan diri karena kondisi pasien terfixasi di ruang isolasi Gelatik.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- c. Tidur

Pasien tidur malam setelah mengkonsumsi obat malam jam 18.30. Mengungkapkan segar setelah bangun pagi, tidak terbiasa tidur siang, tidur malam jam 20.00WIB bangun sekitar jam 05.30 WIB setiap hari

nya, tidak ada laporan dari perawat ruangan bahwa pasien gelisah dan berbicara sendiri saat tidur malam.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Kemampuan pasien dalam

ADL bantuan total, pasien tidak mampu membuat keputusan, mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan Kesehatan karena kondisi pasien terfixasi di tempat tidur ruang isolasi Gelatik.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Pasien memiliki sistem pendukung

Keluarga mendukung pengobatan pasien dengan membawa pasien berobat di RSJ Menur, pasien mendapatkan tenaga profesional perawat dan dokter yang berusaha merawat untuk kesembuhan pasien, kelompok sosial lingkungan sekitar pasien juga turut peduli untuk membantu keluarga saat akan berobat ke RSJ Menur.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Apakah pasien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi

Pasien mengatakan hobinya mendengarkan musik.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

Pasien mengatakan bila kemauannya tidak dituruti akan marah.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Infektif

3.1.9 Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien tidak ada masalah spesifik dengan Kelompok, Pendidikan, Pekerjaan, Perumahan, Ekonomi, Pelayanan Kesehatan, dan lainnya, akan tetapi hanya mempunyai masalah dengan lingkungan karena pasien mengatakan “Tidak pernah mengikuti kegiatan apapun di lingkungan rumah dan malas berkumpul dengan tetangga yang suka menyindir.”

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit jiwa yang dialaminya, koping dan manfaat obat yang diminumnya.

Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan

3.1.11 Data Lain-Lain

1. Hasil Laboratorium Tn. W tanggal 14/01/2022

Tabel 3. 1 Hasil pemeriksaan laboratorium

| JENIS PEMERIKSAAN | HASIL | NILAI RUJUKAN |
|-------------------|-----------------|---------------|
| WBC | 16,82 $10^3/uL$ | 3,80-10,60 |
| NEUT | 11,28 $10^3/uL$ | 1,26-7,30 |
| MONO | 2,08 $10^3/uL$ | 0,10-0,80 |
| IG | 0,22 $10^3/uL$ | 0,00-0,03 |
| LYMPH | 19,4 % | 25,00-40,00 |

2. Swab antigen : negative (-)
3. Radiologi

Kesan : Foto thorax batas normal

3.1.12 Aspek Medik

1. Diagnosa Medik : F.20.3 Skizofrenia tak terinci
2. Terapi Medik :
Trifluoperazine 2x5mg Oral, Trihexyphenidyl 2x2mg Oral, Clozapine (KP jika EPS) 1x25mg Oral, Inj. Haloperidol 1amp IM dan Inj. Diazepam 1amp IM.

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

1. Perilaku Kekerasan
2. Respon Pasca Trauma
3. Obesitas
4. Harga diri Rendah
5. Isolasi Sosial
6. Gangguan Proses Pikir
7. Intoleransi Aktivitas
8. Defisit Perawatan Diri
9. Hambatan Komunikasi Verbal
10. Ansietas
11. Perubahan Proses Pikir
12. Koping Individu Inefektif
13. Defisit Pengetahuan
14. Risiko Mencederai Diri dan Orang Lain.

3.1.14 Daftar Diagnosa Keperawatan

Perilaku Kekerasan.

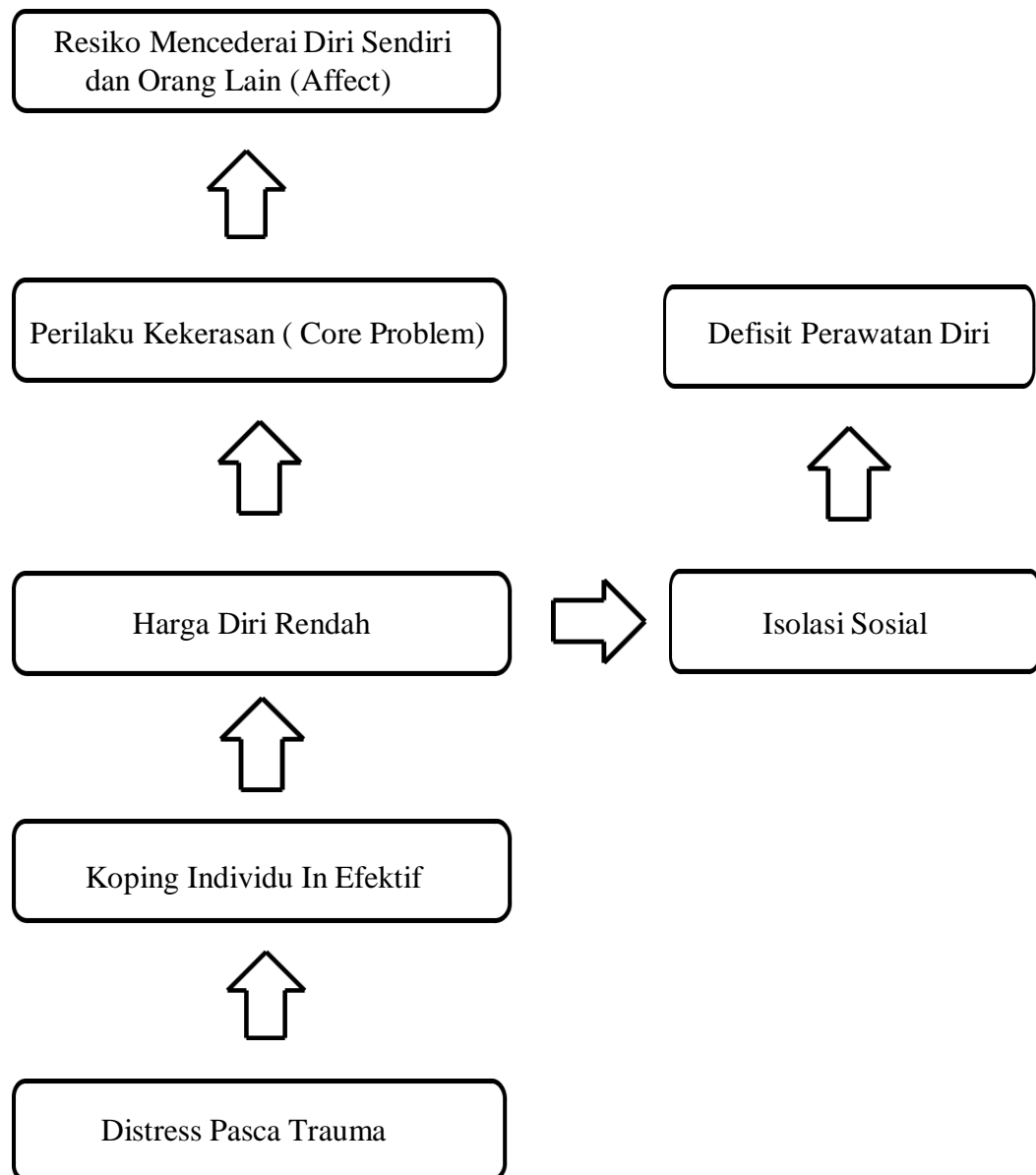
Surabaya, 20 September 2022

Mahasiswa

BENY SETYO UTOMO

NIM : 2130037

3.2 Pohon Masalah



Gambar 3. 2 Pohon masalah pasien Tn.W dengan Perilaku Kekerasan

3.3 Analisa Data

Tabel 3. 2 Analisa data

Nama : Tn.W

RM : 05.3x.xxxxx

Ruangan : Gelatik

| TANGGAL | DATA | MASALAH | TTD |
|------------|--|---|------|
| 20/09/2021 | <p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan suster lepaskan ikatan saya,lepaskan,cepat.saya sudah muak sama kalian.ayo kelahi dengan saya kalau berani. - Pasien mengatakan sus tolonglepas ikatan saya. <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien teriak-teriak - Berkata kotor/misuh, - Pasien tampak gelisah - Muka tegang - Pandangan mata tajam - Tangan mengempal - Pasien mencoba melepastali fiksasi,sampai tempattidur pasien ikut bergerak - Pasien meludahi perawat - Mata melotot | Perilaku Kekerasan (D.0146 SDKI hal. 312) | beny |
| 20/09/2021 | <p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa maludengan keluarga dan tetangga karena belum bekerja setelah di PHK. - Pasien mengatakan merasa gagal menjadi anak karena tidak bisamembahagiakan orang tua,karena belum bekerja. <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat mengatakan hal tersebutpasien menunduk - Kontak mata kurang - Nada bicara rendah | Harga Diri Rendah Situasional (D.0087 SDKI hal.194) | beny |
| 20/09/2021 | <p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalamkelompok | Isolasi Sosial (D.0121 SDKI hal. 268) | beny |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>ataupun masyarakat.</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan malas berkumpul sama tetangga yang sukanya menyindir- Pasien mengatakan tidak mau mengajak bicara tetangganya karena pernah di olok-olok sudah besar belum bekerja, tidak kasihan sama bapaknya. <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none">- Wajah sedih- Menundukkan wajah- Tangan mencengkeram | | |
|--|--|--|--|

3.4 Rencana Keperawatan

Tabel 3. 3 Rencana Asuhan Keperawatan

Nama Pasien : Tn.W

No. RM : 05-3x-xx

Ruangan : Gelatik

Nama Mahasiswa : Beny Setyo Utomo

Institusi : Stikes Hangtuh Surabaya

| Diagnosa | Perencanaan Keperawatan | | Rasional |
|--------------------|---|--|--|
| Keperawatan | Tujuan | Tindakan Keperawatan | |
| Perilaku Kekerasan | <p>Kognitif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. 2. Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain. <p>Psikomotorik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekspresi wajah bersahabat. 2. Menunjukkan rasa senang, ada kontak mata. 3. Mau berjabat tangan. 4. Mau menyebutkan nama. 5. Mau menjawab salam. 6. Mau duduk berdampingan dengan mahasiswa perawat. 7. Mau mengutarakan masalah yang di hadapi. <p>Afektif:</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam dan panggil nama pasien 2. Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan 3. Jelaskan maksud hubungan interaksi 4. Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat 5. Beri rasa aman dan sikap empati 6. Lakukan kontak singkat tapi sering | <p>Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.</p> |

| | | | |
|--------------------|---|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sedikit kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan mahasiswa perawat. 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan. 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan. | | |
| Perilaku Kekerasan | <p>Kognitif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. 2. Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda gejala, akibat PK dan PK yang dilakukan. 3. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah. <p>Psikomotorik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mempraktikkan cara latihan fisik dengan tarik nafas dalam. <p>Afektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif. 2. Pasien merasa nyaman selama interaksi. | <p>SP1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab PK 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK 3. Mengidentifikasi PK yang dilakukan 4. Mengidentifikasi akibat PK 5. Menyebutkan cara mengontrol 6. Membuat pasien memprakteklatihan <p>Cara fisik I : Nafas dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diketuinya penyebab akan dihubungkan dengan faktor resipitasi yang dialami pasien. 2. Melakukan nafas dalam membuat lebih nyaman. |
| Perilaku Kekerasan | <p>Kognitif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. 2. Pasien mampu menjelaskan kontrol marah dengan latihan fisik dengan pukul bantal / | <p>SP 2P</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol PK dengan <p>Cara fisik II : Pukul bantal / kasur</p> | <p>Mengkonversi energi dapat membantu meluapkan emosi dengan cara yang aman.</p> |

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| | <p>kasur.</p> <p>Psikomotor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mempraktikkan kontrol PK dengan pukulan bantal / kasur. <p>Afektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif. 2. Pasien merasa nyaman selama interaksi. | <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajukan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | |
| <p>Perilaku Kekerasan</p> | <p>Kognitif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. 2. Pasien mampu menjelaskan kontrol marah dengan verbal meminta / menolak dengan asertif. <p>Psikomotor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mempraktikkan kontrol marah dengan meminta / menolak dengan asertif. <p>Afektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif 2. Pasien merasa nyaman selama interaksi | <p>SP 3P</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol PK dengan Cara Verbal : meminta / menolak mengungkapkan dengan asertif 3. Mengajukan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | <p>Mengungkapkan perasaan secara asertif salah satu metode mengontrol perilaku kekerasan</p> |
| <p>Perilaku Kekerasan</p> | <p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat 2. Pasien mampu menjelaskan kontrol marah | <p>SP 4P</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol PK | <p>Kegiatan spiritual membuat pasien lebih merasa nyaman</p> |

| | | | |
|---------------------------|--|---|---|
| | <p>dengan spiritual.</p> <p>Psikomotor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu melakukan mempraktikkan kontrol marah dengan spiritual. <p>Afektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif. 2. Pasien merasa nyaman selama interaksi. | <p>dengan Cara spiritual</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajukan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | |
| <p>Perilaku Kekerasan</p> | <p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat 2. Pasien mampu menjelaskan kontrol marah dengan minum obat. 3. Pasien mampu menjelaskan cara minum obat dengan baik dan benar. <p>Psikomotor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu melakukan minum obat dengan baik dan benar. <p>Afektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif. 2. Pasien merasa nyaman selama interaksi. | <p>SP 5P</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan cara mengontrol PK dengan memanfaatkan / minum obat 3. Mengajukan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | <p>Minum obat teratur mengurangi resistensi terhadap pengobatan</p> |

3.5 Tindakan Keperawatan

Tabel 3. 4 Tindakan Asuhan Keperawatan

IMPLEMENTASIDAN EVALUASI

Nama : Tn.W

NIRM : 05.3x.xx

Ruangan : Gelatik

| DIAGNOSA KEPERAWATAN | TANGGAL JAM | IMPLEMENTASI | EVALUASI | TTD PERAWAT |
|-----------------------------|--|--|--|--------------------|
| Perilaku Kekerasan | 20/09/2021 07.00 08.15 09.00 10.00 | <p>Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan</p> <p>Melakukan pemeriksaan vital sign T : 135/80 mmHg N : 98x/mnt RR: 20x/mnt S : 36,5C SpO2 : 98%</p> <p>Melakukan pengkajian dan mendengarkan keluhan pasien</p> <p>Melakukan bina hubungan saling percaya “ Selamat pagi mas ada yang bisa saya bantu? Apa mas haus dan lapar atau mau BAK? Mari saya bantu ”</p> <p>Melakukan intervensi keperawatan SP1 dan SP5 (SPTK hari ke 1) “ Assalamualaikum wr wb, Selamat pagi mas, perkenalkan nama saya perawat Beny Setyo Utmo,panggil saja saya beny,saya mahasiswa dari Sikes Hangtuah Surabaya yang sedang praktik disini. Selama 3 hari ini saya akan merawat</p> | <p>Subyektif “ pasien menjawab salam (wa’alaikumsalam wr wb), selamat pagi juga mas dan mengatakan Namanya W asalnya dari Sidoarjo dan sudah dirawat 1 hari di RSJ Menur. ”</p> <p>“ pasien mengakui marah kepada perawat dan mengajak bertengkar satu lawan satu ”</p> <p>“ saya marah karena ditali mas ”</p> <p>“ kalau saya marah tangan saya mengepal dan mata saya melotot mas ”</p> <p>“ pasien menyebutkan</p> | beny |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>mas. Nama mas siapa, asalnya darimana dan sudah berapa lama dirawat disini? ”Baiklah mulai sekarang saya akan memanggil mas W</p> <p>“Maksud dan tujuan saya adalah mengajak mas mengobrol dan mengajarkan latihan kontrol marah dengan latihan fisik I tarik nafas dalam, waktunya hanya 15 menit saja. bersedia ya mas. kalo mas tidak teriak-teriak lagi nanti ikatannya dilepas sama petugas. ”</p> <p>“Saya mendengar mas tadi teriak- teriak, mengucapkan kata-kata kotor dan mengancam perawat? Apa benar pak? ”</p> <p>“ Apa yang menyebabkan mas marah? ”</p> <p>“ Apa tanda dan gejala mas ketika marah? ”</p> <p>“ Apakah mas tahu akibatnya jika mas marah-marrah tadi? ”</p> <p>“ apakah mas mau saya ajarkan cara untuk mengungkapkan marah dengan cara lain yang lebih baik? ”</p> <p>“ Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan mas dengan cara fisik pertama yaitu dengan tarik nafas dalam. ”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tarik nafas dari hidung secara perlahan selama 4 detik sampai dada dan perut terasa terangkat. Usahakan mulut tertutup ya pak! 2. Tahan nafas selama 3 detik 3. Keluarkan nafas secara perlahan selama 4 detik 4. Ulangi lagi sampai rasa marah bapak mereda ya! | <p>tehnik kontrol marah yang pertama dengan tarik nafas dalam. ”</p> <p>“ iya mas akan saya lakukan tehnik tarik nafas dalam ketika saya marah atau akan marah saat di RS maupun di rumah ”</p> <p>“ di RS saya minum obat teratur, tidak saya buang, minum obat 2x setelah makan pagi dan malam mas.”</p> <p>“ iya mas nanti saya akan minum obat teratur jika saya sudah pulang ”</p> <p>“ Alhamdulillah mas perasaan saya sudah tenang setelah latihan tarik nafas dalam mas. ”</p> <p>“ Pasien mengatakan kalua tidak marah, apakah ikatannya akan dilepas? ”</p> <p>Obyektif Pasien mampu mengikuti latihan tehnik tarik nafas dalam dan mempraktikkan</p> | |
|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>”</p> <p>“ Apa mas sekarang sudah mengerti untuk tehnik mengontrol marah yang pertama? ”</p> <p>“ Coba sekarang mas praktekan apa yang sudah saya ajarkan barusan! Bagus mas coba sekali lagi. ”</p> <p>“ Nanti jika bapak di RS atau di rumah ketika sedang marah atau akan marah, bapak harus melakukan tehnik yang sudah saya ajarkan tadi ya! ”</p> <p>“ Selain dengan tehnik nafas dalam bapak bisa mengontrol marah dengan minum obat dengan teratur. ”</p> <p>“ Apakah selama disini bapak minum obat dengan teratur? Apakah ada efek samping obat atau alergi setelah bapak mengkonsumsi obat? ”</p> <p>“ Saya harap bapak nanti minum obat dengan teratur saat dirumah juga ya! ”</p> <p>“ Bagaimana perasaan bapak setelah belajar tehnik tarik nafas dalam? Apakah ada perubahan pada perasaan bapak saat ini? ”</p> <p>“ Coba ulangi sekali lagi pak apa yang sudah saya ajarkan tadi! Bagus pak! ”</p> <p>“ Untuk besok pagi saya akan mengevaluasi dari yang saya ajarkan tadi dan bertanya apa akibatnya jika bapak marah. Untuk waktu dan tempat di ruangan makan jam 10.00 WIB ya pak! ”</p> <p>“ Terimakasih atas waktunya, semoga bapak cepat sembuh ya! Assalamualaikum wr wb ”</p> | <p>secara mandiri</p> <p>Pasien tampak tenang,tidak teriak-teriak</p> <p>Mata tidak melotot</p> <p>Tangan pasien tidak mengepal</p> <p>Pasien belum mampu menyebutkan akibat PK yang dilakukan</p> <p>Pasien masih terfixasi ditempat tidur</p> <p>Asessmen</p> <p>PK SP1P poin 1,2,3,5,7 teratasi</p> <p>PK SP5P teratasi</p> <p>Planning</p> <p>Lanjutkan PK SP1P poin 4</p> <p>Pertahankan PK SP1P pada poin 1,2,3,5,7 dan PK SP5P</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|---------------------------|---|--|--|
| | <p>12.30</p> <p>14.00</p> | <p>Membantu ADL pasien : menyuapi, memberi minum dan membantu px BAK menggunakan pispot</p> <p>Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan.</p> <p>Menurut informasi perawat jaga ruang Gelatik Sore (14.00 WIB.-21.00 WIB.) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih terfixasi di tempat tidur 2. Pasien tampak tenang 3. ADL bantuan total (makan, minum, minum obat, BAK dengan bantuan perawat) 4. Porsi makan sore 18.00 WIB. : habis 1 porsi 5. Tx obat Trifluoperazine 5mg Oral, Clozapin 25mg Oral jam 18.30 WIB. setelah makan malam jam 18.00 WIB. dan Inj. Haloperidol 1 amp IM jam 19.30 WIB. dan Diazepam 1 amp IM jam 20.30 WIB. 6. Tidak ada tanda ESO dan alergi <p>Malam (21.00 WIB.-07.00 WIB.) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidur dan bangun jam 05.30 WIB. 2. Pasien tidur pulas tanpa terbangun 3. Fixasi dilepas jam 06.30 WIB. 4. ADL mandiri setelah tali fixasi dilepas 5. Porsi makan pagi : habis 1 porsi 6. Tx obat Trifluoperazine 5mg Oral, Clozapin 25mg Oral jam 06.55 WIB setelah makan pagi jam 06.30 WIB. 7. Tidak ada tanda ESO dan alergi | | |
|--|---------------------------|---|--|--|

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Tn.W

NIRM : 05.3x.xx

Ruangan : Gelatik

| DIAGNOSA KEPERAWATAN | TANGGAL JAM | IMPLEMENTASI | EVALUASI | TTD PERAWAT |
|----------------------|---|---|--|-------------|
| Perilaku Kekerasan | 21/09/2021 07.00 07.30 10.00 | Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan Melakukan pemeriksaan vital sign T : 115/79 mmHg N : 88x/mnt RR: 18x/mnt S : 36,4C SpO2 : 97% Melakukan bina hubungan saling percaya “ Selamat ya pak sudah tidak tali di tempat tidur, bagaimana rasanya sudah tidak ditali pak? Enak kan! Jangan marah lagi ya pak supaya tidak di tali di tempat tidur! ” Melakukan intervensi keperawatan SP1 poin 4 dan SP5 (SPTK hari ke 2) “ Assalamualaikum wr wb, selamat pagi pak, bagaimana kondisi bapak hari ini? Apa bapak masih ingat dengan saya? ” “ Untuk pertemuan ke dua ini, saya akan mengevaluasi apa yang sudah saya ajarkan kemarin dan bertanya apa akibatnya jika bapak marah. Untuk waktunya 15 menit ya pak! ” “ Apa bapak sudah siap? ” | Subyektif “ pasien menjawab salam (wa’alaikumsalam wr wb), selamat pagi juga mas Beny, Alhamdulillah kondisi saya baik dan menjawab namanya mas Beny kan. ” “ pasien menyebutkan tehnik kontrol marah yang pertama dengan tarik nafas dalam. ” “ iya mas jika marah orang disekitar takut sama saya, merugikan diri sendiri dan di tali di tempat tidur. ” “ iya mas akan saya lakukan tehnik tarik nafas dalam ketika saya marah atau akan marah saat di RS maupun di rumah. ” “ di RS saya minum obat | beny |

| | | | | |
|--|-------|--|--|--|
| | 14.00 | <p>“ Apa bapak masih ingat latihan kontrol marah yang pertama? Kalau masih ingat, coba praktikkan pak! Bagus pak coba ulangi sekali lagi! ”</p> <p>“ Sekarang coba bapak berfikir, jika marah apa yang terjadi? Apakah orang disekitar bapak tidak takut? Apakah bapak beresiko menyakiti diri sendiri atau orang lain? ”</p> <p>“ Nanti jika di RS atau di rumah ketika sedang marah atau akan marah, bapak harus melakukan tehnik yang sudah saya ajarkan ya! ”</p> <p>“ Apakah bapak masih meminum obat dengan rutin? Apa reaksi setelah bapak meminum obat? ”</p> <p>“ Saya harap bapak nanti akan minum obat dengan teratur saat dirumah juga ya! ”</p> <p>“ Bagaimana perasaan bapak latihan tehnik kontrol marah dengan tarik nafas dalam dan mengerti akibat jika bapak sedang marah? ”</p> <p>“ Coba ulangi sekali lagi tehnik kontrol marah yang pertama pak! Bagus pak! ”</p> <p>“ Untuk besok pagi saya akan mengajarkan tehnik kontrol marah yang ke dua dengan pukul bantal / kasur. Untuk waktu dan tempat di ruangan makan jam 10.00 WIB ya pak! ”</p> <p>“ Terimakasih atas waktunya, semoga bapak cepat sembuh dan cepat pulang ya! Assalamualaikum wr wb ”</p> <p>Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan</p> | <p>teratur, tidak saya buang selama, minum obat 2x setelah makan pagi dan malam. Tadi malam saya juga disuntik 2x kali. Setelah minum obat dan di suntik rasanya mengantuk mas”</p> <p>“ iya mas nanti saya akan minum obat teratur jika saya sudah pulang ”</p> <p>“ Alhamdulillah mas perasaan saya sudah sangat tenang setelah latihan tarik nafas dalam dan tau akibat jika saya marah. ”</p> <p>Obyektif Pasien mampu mempraktikkan kontrol marah dengan tarik nafas dalam secara mandiri. Pasien tampak tenang. Kontak verbal relevan Pasien sudah tidak terfixasi di tempat tidur</p> <p>Asessmen</p> | |
|--|-------|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>Menurut informasi perawat jaga ruang Gelatik Sore (14.00 WIB.-21.00 WIB.) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang 2. ADL mandiri 3. Porsi makan sore 18.00 WIB. : habis 1 porsi 4. Tx obat Trifluoperazine 5mg Oral, Clozapin 25mg Oral jam 18.30 WIB. setelah makan malam jam 18.00 WIB. dan Inj. Haloperidol 1 amp IM jam 19.20 WIB. dan Diazepam 1 amp IM jam 20.10 WIB. 5. Tidak ada tanda ESO dan alergi <p>Malam (21.00 WIB.-07.00 WIB.) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidur dan bangun jam 05.30 WIB. 2. Pasien tidur pulas tanpa terbangun 3. ADL mandiri 4. Porsi makan pagi : habis 1 porsi 5. Tx obat Trifluoperazine 5mg Oral, Clozapin 25mg Oral jam 06.55 WIB. setelah makan pagi jam 06.30 WIB. 6. Tidak ada tanda ESO dan alergi | <p>PK SP1P teratasi PK SP5P teratasi</p> <p>Planning Lanjutkan PK SP2P Pertahankan PK SP1P dan PK SP5P</p> | |
|--|--|--|--|--|

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Tn.W

NIRM : 05.3x.xx

Ruangan : Gelatik

| DIAGNOSA KEPERAWATAN | TANGGAL JAM | IMPLEMENTASI | EVALUASI | TTD PERAWAT |
|-----------------------------|---------------------------------------|--|--|--------------------|
| Perilaku Kekerasan | 22/09/2021 07.00 07.45 09.55 | <p>Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan</p> <p>Melakukan pemeriksaan vital sign T : 122/81 mmHg N : 89x/mnt RR: 18x/mnt S : 36,6C SpO2 : 99%</p> <p>Melakukan bina hubungan saling percaya “ Ganteng sekali hari ini pak! Mantap pak. ”</p> <p>Melakukan intervensi keperawatan SP2 dan SP5 (SPTK hari ke 3) “ Assalamualaikum wr wb, Selamat pagi pak, Bagaimana kondisi bapak hari ini? Apa masih ingat dengan saya pak! ”</p> <p>“ Sesuai janji kemarin untuk pertemuan pagi ini saya akan mengajarkan bapak tehnik kontrol emosi dengan Latihan fisik II memukul bantal atau kasur! Untuk waktunya 15 menit aja pak! ”</p> <p>“ Apa bapak sudah siap? ”</p> <p>“ Apa bapak masih ingat latihan kontrol marah yang pertama? Kalau masih ingat, coba praktikkan pak! Bagus pak coba ulangi sekali lagi! ”</p> <p>“ Sekarang kita belajar tehnik kontrol marah yang ke 2 dengan pukul bantal / kasur pak. ” “ Ikuti yang</p> | <p>Subyektif “ pasien menjawab salam (wa’alaikumsalam wr wb), selamat pagi mas Beny, Alhamdulillah kondisi saya jauh lebih baik dan menjawab masih ingat, namanya mas Beny kan. ”</p> <p>“ pasien menyebutkan tehnik kontrol marah yang pertama dengan Tarik nafas dalam. ”</p> <p>“ pasien menyebutkan tehnik kontrol marah yang kedua dengan memukul bantal / kasur. ”</p> <p>“ iya mas akan saya lakukan tehnik kontrol marah dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal / kasur ketika saya marah atau akan</p> | beny |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <p>saya ajarkan pak!</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan tubuh berada di dekat bantal / kasur. 2. Tarik nafas secara perlahan selama 4 detik. 3. Lebarkan telapak tangan. 4. Pukul bantal / kasur dengan posisi tangan melebar bersamaan dengan menghembuskan nafas secara perlahan selama 4 detik. 5. Ulangi sampai rasa marah mereda. ” <p>“ Coba sekarang bapak praktekan apa yang sudah saya ajarkan barusan! Bagus pak coba sekali lagi. ”</p> <p>“ Nanti jika di RS atau di rumah ketika sedang marah atau akan marah, bapak harus melakukan tehnik Tarik nafas dalam dan pukul bantal / kasur ya! ”</p> <p>“ Apakah bapak masih meminum obat dengan rutin? ”</p> <p>“ Saya harap bapak nanti akan minum obat dengan teratur saat dirumah juga ya! ”</p> <p>“ Bagaimana perasaan bapak latihan tehnik kontrol marah dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal / kasur? ”</p> <p>“ Coba ulangi sekali lagi tehnik kontrol marah yang pertama dan kedua pak! Bagus pak! ”</p> <p>“ Untuk besok pagi saya akan mengajarkan tehnik kontrol marah yang ke tiga dengan cara verbal meminta atau menolak mengungkapkan dengan asertif . Untuk waktu dan tempat di ruangan makan jam 10.00 WIB ya pak! ”</p> | <p>marah saat di RS maupun di rumah. ”</p> <p>“ di RS saya minum obat teratur, tidak saya buang selama, minum obat 2x setelah makan pagi dan malam. Tadi malam saya juga disuntik 2x kali lagi mas.”</p> <p>“ iya mas nanti saya akan minum obat teratur jika saya sudah pulang ”</p> <p>“ Alhamdulillah mas perasaan saya sudah sangat tenang setelah latihan tarik nafas dalam dan tau akibat jika saya marah. ”</p> <p>Obyektif</p> <p>Pasien mampu mempraktikkan kontrol marah pertama dengan tarik nafas dalam secara mandiri.</p> <p>Pasien mampu mempraktikkan kontrol marah kedua pukul bantal / kasur dengan arahan perawat.</p> | |
|--|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|-------|--|--|--|
| | 14.00 | <p>“ Terimakasih atas waktunya, semoga bapak cepat sembuh dan cepat pulang ya! Assalamualaikum wr wb ”</p> <p>Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan</p> <p>Menurut informasi perawat jaga ruang Gelatik Sore (14.00 WIB.-21.00 WIB.) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang 2. ADL mandiri 3. Porsi makan sore 18.00 WIB. : habis 1 porsi 4. Tx obat Trifluoperazine 5mg Oral, Clozapin 25mg Oral jam 18.30 WIB. setelah makan malam jam 18.00 WIB. dan Inj. Haloperidol 1amp IM jam 19.00 WIB dan Diazepam 1amp IM jam 19.55 WIB 5. Tidak ada tanda ESO dan alergi <p>Malam (21.00 WIB.-07.00 WIB.) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidur dan bangun jam 05.30 WIB. 2. Pasien tidur pulas tanpa terbangun 3. ADL mandiri 4. Porsi makan pagi 06.30 WIB. : habis 1 porsi 5. Tx obat Trifluoperazine 5mg Oral, Clozapin 25mg Oral jam 06.55 WIB setelah makan pagi jam 06.30 WIB. 6. Tidak ada tanda ESO dan alergi | <p>Pasien tampak tenang. Kontak verbal relevan</p> <p>Asessmen PK SP2P teratasi PK SP5P teratasi</p> <p>Planning Mendelegasikan Kepada Perawat Ruang Intervensi PK SP3P Pertahankan PK SP1P dan SP2P</p> | |
|--|-------|--|--|--|

3.6 Analisa Proses Interaksi (API)

Initial Pasien : Tn. W
 Usia : 25 tahun
 Interaksi Ke 1
 Lingkungan : Pasien Terfiksasi di tempat tidur ruang isolasi gelatik dan perawat berdiri di samping pasien
 Deskripsi : Pasien jengkel fiksasinya belum di lepas
 Tujuan interaksi : Pasien Mampu membina hubungan baik dan sikap saling terbuka

Tabel 3. 5 Analisa Proses Interaksi

| Komunikasi Verbal | Komunikasi non Verbal | Analisa berpusat pada perawat (P) | Analisa berpusat pada pasien (K) | Rasional |
|---|---|--|---|--|
| Selamat pagi Pak? | Perawat tersenyum Pasien: dengan muka kebingungan, tatapan mata tajam. | Ingin memulai interaksi dengan pasien | Pasien memberikan respon positif | Salam terapeutik diberikan untuk memulai interaksi |
| Perkenalkan nama saya Beny, kalau boleh tahu bapak Namanya siapa? Suka dipanggil apa? | Perawat: tersenyum Pasien: memandang perawat dengan tatapan tajam | Ingin memulai mendekati diri dengan pasien | Pasien menanggapi ajakan perawat | Perkenalan diberikan untuk menjalin interaksi dan sikap terapeutik |
| Mas W | Pasien menjawab dengan muka datar, perawat | Ingin meyakinkan pasien agar percaya pada | Pasien menanggapi ajakan perawat | Pasien mau berinteraksi dengan perawat |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | masih memandang pasien dengan wajah tersenyum | perawat | | |
| Saya perhatikan Mas W tadi teriak-teriak, mengucapkan kata-kata kotor dan mengancam perawat? | Pasien: termenung dan mendengarkan apa yang dikatakan perawat Perawat: menatap pasien | Ingin menanyakan apa yang terjadi dengan kondisi pasien | Pasien memberikan respon positif | Rasa empati muncul untuk memulai interaksi |
| Bentar saja ya mas | Pasien: menjawab dengan muka datar Perawat: memperhatikan perilaku pasien | Ingin mendapatkan persetujuan kontrak kegiatan | Pasien menyetujui kontrak yang disepakati | Terjadinya hubungan saling percaya |
| Sekarang Bapak W mulai cerita mengapa bapak tadi teriak-teriak, mengucapkan kata-kata kotor dan mengancam perawat? | Pasien: memandang perawat Perawat: memandang pasien | Menerima pasien dengan baik | Sikap pasien sudah terbuka | Perawat mempertahankan sikap terbuka dan terapeutik terhadap pasien |
| Saya marah karena ditali mas | Pasien: memandang perawat Perawat: memandang pasien sambil mengganggukkan kepala | Memperhatikan pasien | Pasien memberikan sikap terbuka | Memulai tahap kerja |
| Terus apa tanda dan gejala bapak keyika marah? | Pasien: memandang perawat Perawat: memandang pasien | Memperhatikan pasien | Pasien memberikan sikap terbuka | Memulai tahap kerja |
| Tangan saya mengepal dan mata saya melotot | Pasien: memandang perawat | Memperhatikan pasien | Pasien memberikan sikap terbuka | Memulai tahap kerja |

| | | | | |
|---|---|----------------------|---------------------------------|--|
| mas | Perawat: memandang pasien | | | |
| Apakah bapak tau akibatnya jika bapak marah? | Pasien: memandang perawat Perawat: memandang pasien | Memperhatikan pasien | Pasien memberikan sikap terbuka | Memulai tahap kerja |
| Iya mas jika saya marah orang disekitar saya takut dan , merugikan diri sendiri dan di tali ditempat tidur | Pasien: memandang perawat Perawat: memandang pasien | Memperhatikan pasien | Pasien memberikan sikap terbuka | Memulai tahap kerja |
| Bapak W apakah bapak W mau saya ajarkan bagaimana cara mengontrol emosi bapak W | Pasien: memandang perawat Perawat: memandang pasien | Memperhatikan pasien | Pasien memberikan sikap terbuka | Memulai tahap kerja |
| Boleh mas bagaimana? | Pasien: memandang perawat Perawat: memandang pasien | Memperhatikan pasien | Pasien memberikan sikap terbuka | Memulai tahap kerja |
| 1. Letakkan tangan di atas kanan di tengah dada dan tangan yang kiri di atas perut 2. Tarik nafas dari hidung secara perlahan selama 4 detik sampai dada dan perut terasa terangkat. | Pasien: memperhatikan perawat dengan serius Perawat: mendemonstrasikan dengan memandang pasien | Memperhatikan pasien | Pasien memberikan sikap terbuka | Memulai tahap kerja, memberikan solusi dengan sikap terapeutik |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <p>Usahakan mulut tertutup ya pak!</p> <p>3. Tahan nafas selama 3 detik</p> <p>4. Keluarkan nafas secara perlahan selama 4 detik</p> <p>5. Ulangi lagi sampai rasa marah bapak mereda ya!</p> | | | | |
| <p>Silahkan dipraktekkan bapak W</p> | <p>Pasien: mempraktikkan yang diajarkan perawat</p> <p>Perawat: memperhatikan perawat</p> | <p>Memperhatikan pasien</p> | <p>Pasien memberikan sikap terbuka</p> | <p>Memulai tahap kerja</p> |
| <p>Bagaimana perasaan bapak W setelah kita berbincang-bincang hari ini</p> | <p>Pasien: memandang perawat</p> <p>Perawat: memandang pasien</p> | <p>Mendapatkan tanggapan/respon baik</p> | <p>Pasien memberikan sikap terbuka</p> | <p>Pasien merasa terbuka dan berespon</p> |
| <p>Alhamdulillah perasaan saya sudah tenang mas</p> | <p>Pasien: memandang perawat</p> <p>Perawat: memandang pasien</p> | <p>Mendapatkan tanggapan/respon baik</p> | <p>Pasien memberikan sikap terbuka</p> | <p>Pasien merasa terbuka dan berespon</p> |
| <p>Baiklah, cukup untuk hari ini, 2 hari lagi bapak W mau bertemu dengan saya, di ruang makan jam 10.00 WIB ya!</p> | <p>Pasien: mengganggu kepala</p> <p>Perawat tersenyum</p> | <p>Mengetahui respon pasien</p> | <p>Pasien merespon tindakan perawat</p> | <p>Pasien mau melakukan aktivitas</p> |
| <p>Ya mas, diruang makan jam 10.00 WIB, 15 menit ya pak W, terima kasih</p> | <p>Perawat: tersenyum</p> <p>Pasien: terdiam</p> | <p>Ingin mengetahui keinginan pasien</p> | <p>Merespon Tindakan perawat</p> | <p>Persetujuan di berikan untuk control selanjutnya</p> |

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Tn.W dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi.

4.1 Pengkajian

Menurut (Azizah, et al. 2016) Pengkajian adalah dasar dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengkumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Penulis melakukan pengkajian pada Tn W pada tanggal 20 September 2021 melalui anamnese pada pasien dan data pendukung lainnya berupa SIM RS, pembahasan akan dimulai dari:

1. Identitas Pasien

Data yang didapatkan, Tn W berjenis kelamin laki-laki, berusia 25 tahun, tidak bekerja. Kejadian perilaku kekerasan mayoritas berjenis kelamin laki-laki. Hal ini disebabkan karena tingginya tingkat emosional laki-laki daripada perempuan. Laki-laki cenderung tertutup dan memendam sendiri setiap masalah dan stressor psikologis yang mereka hadapi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dikemukakan Wakhid, Hamid dan Helena (2013) yang menunjukkan bahwa laki-laki lebih mungkin memunculkan gejala negative dibanding Wanita karena Wanita lebih memiliki fungsi social yang lebih baik dari laki-laki. Pendidikan rendah dapat menjadi penyebab terjadinya masalah psikologis. Penulis beropini

usia 25 tahun adalah masa kematangan seseorang individu, apabila dalam masa ini individu mampu memecahkan masalah dengan baik, berarti tahap perkembangan mampu dilalui dengan baik. Orang dengan Pendidikan rendah akan kesulitan dalam menyampaikan ide, gagasan atau pendapatnya sehingga mempengaruhi cara berhubungan dengan orang lain. Hal ini juga terjadi pada Tn.W yang merupakan lulusan SMA. Menurut Purwanto (2012) menyebutkan bahwa Pendidikan sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Penulis beropini semakin tinggi Pendidikan, semakin baik dalam memecahkan masalah.

2. Alasan masuk

Tn. W dibawa keluarga karena marah-marah, membanting perabot rumah, mengeluarkan semua pakaian yang ada di lemari dikarenakan pasien dilarang mendengarkan musik terlalu kencang oleh ayahnya,. Menurut Townsend (2011) perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, terhadap diri sendiri ataupun orang lain. Tanda gejala yang ditemui pada pasien melalui observasi dan wawancara tentang perilaku kekerasan adalah muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir, bicara kasar, nada tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang atau benda, tidak memiliki kemampuan mencegah/ mengendalikan perilaku kekerasan. Berdasarkan uraian tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa Tn.W mengalami perilaku kekerasan. Berdasarkan uraian tersebut penulis beropini bahwa Tn.W mengalami masalah utama perilaku kekerasan.

3. Faktor Predisposisi

Pasien pernah menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa Menur satu kali dengan keluhan marah-marah memukul ibu, karena tidak diberi uang untuk beli rokok, kejadian tersebut terjadi setelah pasien di PHK dari tempat kerja. Pasien tidak meminum obatnya karena mengantuk sehingga tidak bisa bekerja. Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh bahwa faktor predisposisi yang paling dominan sebagai penyebab perilaku kekerasan mayoritas karena faktor psikologi, dimana Tn. W mengalami trauma terhadap sesuatu hal yang mengganggu atau kurang menyenangkan dan ketidakpercayaan yang terjadi pada diri sendiri. Hal ini sesuai dengan teori Prabowo (2014), mengatakan trauma yang dilakukan oleh keluarga dapat menimbulkan frustrasi, kemudian akan menimbulkan agresif / amuk. Masa lalu yang tidak menyenangkan seperti perasaan ditolak, di hina, di aniaya. Selain itu, dalam teori Kusumawati (2010). Penulis beropini bahwa trauma atau masalah yang menimbulkan trauma dan tidak bisa diselesaikan dengan baik akan menimbulkan dampak tersendiri bagi seorang individu.

4. Pemeriksaan fisik

Tn. W tidak ada keluhan fisik, Observasi Vital sign dalam batas normal yaitu: T:135/80 mmHg, S: 36,5 °C , N: 98 x/mnt , RR : 20x/mnt. Pada pemeriksaan vital sign didapatkan sedikit kenaikan pada tekanan darah dan Nadi. Dalam konsep asuhan keperawatan perilaku kekerasan pada pemeriksaan fisik biasanya tekanan darah naik , nadi naik. Penulis beropini pasien masih marah dan masalah utamanya perilaku kekerasan.

5. Psikososial

- 1) Data yang didapat menurut genogram pasien adalah anak ke 2 dari 2 bersaudara yang semuanya laki-laki dan tinggal bersama kedua orangtua.

Menurut konsep asuhan keperawatan perilaku kekerasan Genogram menggambarkan pasien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Pada pasien perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi pasien. Dalam Hal ini penulis belum bisa mengkaji lebih dalam dikarenakan penulis mendapatkan data hanya dari pasien dan SIM RS, sedangkan pada keluarga tidak didapatkan, dikarenakan pada masa pandemi kunjungan keluarga di batasi untuk mengurangi penyebaran covid 19.

2) Pada konsep diri

- a. Gambaran diri, pasien mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya, khususnya wajah karena pasien merasa dirinya tampan, sedangkan dalam konsep asuhan keperawatan jiwa isolasi sosial pada gambaran diri, dijelaskan pasien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal dan muka merah. Penulis beropini bahwa gambaran diri pada kasus di kaji berdasarkan data subyektif pasien atau persepsi pasien terhadap gambaran diri, sedangkan gambaran diri pada konsep asuhan keperawatan perilaku kekerasan didapat dari persepsi secara obyektif.
- b. Ideal diri data yang didapat pasien mengatakan ingin cepat pulang karena tidak nyaman berada di rumah sakit dan ingin segera mencari pekerjaan. artinya pasien memiliki ideal diri yang tinggi, dalam konsep asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan pada ideal diri. Penulis beropini jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka cenderung menunjukkan amarah.

- c. Peran data yang didapat pasien mengatakan merasa gagal menjadi anak karena merasa tidak bisa membahagiakan orang tua, karena belum bekerja. menyusahkan orangtua karena sakit. artinya pasien mengalami kegagalan dalam fungsi peran. menurut konsep asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan di sebutkan peran pada pasien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Penulis beropini bahwa peran dalam kasus menunjukkan peran pasien dalam keluarga.
- d. Harga Diri data yang didapat pasien mengatakan malu pada keluarga dan tetangga karena sampai saat ini belum bekerja setelah di PHK. Menurut konsep asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan bahwa Harga diri yang dimiliki pasien dengan perilaku kekerasan ialah harga diri rendah. Penulis beropini penyebab awal perilaku kekerasan marah yang tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.
- e. Identitas diri pada data didapatkan pasien mengatakan seorang laki-laki, berusia 25 tahun dan belum bekerja dan belum menikah.
. Menurut konsep asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan pada identitas ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah dan bermusuhan. Penulis beropini bahwa identitas pada kasus yang diambil identitas diri didapatkan pada pasien secara subyektif, menggambarkan identitas pasien langsung, sedangkan menurut konsep asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan didapatkan dari persepsi obyektif pada pasien.

3) Hubungan sosial

Pada data didapatkan Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok ataupun masyarakat Pasien mengatakan malas berkumpul sama tetangga yang sukanya menyindir

Pasien mengatakan tidak mau mengajak bicara tetangganya karena pernah di olok-olok sudah besar belum bekerja, tidak kasihan sama bapaknya. Menurut konsep asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan hubungan sosial terganggu karena adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Penulis beropini pengkajian pada hubungan sosial pasien terdapat masalah keperawatan isolasi sosial menarik diri yang merupakan salah satu faktor yang menyebabkan perilaku kekerasan karena konflik interaksi (Kandar & Iswanti, 2019).

4) Spiritual

Data yang didapat pasien mengatakan tidak merasa gangguan jiwa dan tidak ada hubungannya dengan agama, pasien saat di rumah rajin beribadah, saat di rumah sakit tidak beribadah karena tidak ada peralatan sholat. Menurut konsep asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan pada aspek spiritual meganggap tidak ada gunanya beribadah. Penulis beropini data kasus yang didapat lebih actual dan secara langsung, Spiritual menurut data kasus bagaimana beribadah saat di rumah dan di rumah sakit.

6. Status mental

Data yang di dapatkan penampilan pasien menggunakan baju seragam

ruangan gelatik, terfiksasi di atas tempat tidur, muka merah, tatapan mata taja, tangan menggepal, nada bicara tinggi dan tegas. Aktivitas motorik tampak gelisah karena tidak nyaman terfiksasi di atas tempat tidur, segala kebutuhan masih dibantu petugas. Afek labil karena di sela wawancara pasien tiba-tiba ingin dilepas ikatannya sambil berteriak, nada tinggi dan meludah, saat wawancara pasien kooperatif hal ini dibuktikan pasien menjawab pertanyaan yang diberikan penulis, meski dengan nada jelas dan tegas, tatapan mata tajam, pasien tidak mendengar suara ataupun melihat bayangan yang menyuruh pasien melakukan perilaku, pada proses pikir pasien mengalami flight of ideas karena sering berpindah topik, pasien tidak ada masalah pada proses pikir, pasien tampak gelisah dan bingung tetapi tidak mengalami disorientasi pada tempat, waktu dan orang, pasien masih mengingat memori jangka pendek dan panjang, pasien belum mampu berkonsentrasi karena gelisah, tetapi pasien mampu berhitung dengan hitungan sederhana 1-10., pasien memiliki kemampuan penilaian yang baik saat ditanya cuci tangan dulu atau makan dulu, pasien menjawab cuci tangan dulu baru makan, pasien mengatakan bahwa pasien tidak mengalami sakit gangguan jiwa. Penulis beropini bahwa pasien dengan gangguan jiwa memiliki gangguan pada kognitif, afek dan psikomotor.

7. Mekanisme koping

Dari data didapatkan pasien mengatakan bila keinginannya tidak dituruti akan marah. Hal ini dibuktikan dengan saat pasien ingin dilepas fiksasinya dan belum dilakukan pelepasan fiksasi oleh petugas pasien marah-marah, teriak-teriak mengancam petugas. Menurut (Siauta et al., 2020) rentang respon perilaku kekerasan dalam hal ini respon Maladaptif kekerasan yaitu perasaan

marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol. Hal ini menunjukkan pasien dalam perilaku kekerasan maladaptif. Penulis beropini bahwa pasien dengan masalah utama perilaku kekerasan penyebabnya karena pasien ingin menyampaikan bahwa pasien marah, tetapi penyampaiannya secara maladaptif.

8. Daftar Masalah Keperawatan

Dari data kasus didapatkan masalah keperawatan antara lain

1. Perilaku Kekerasan
2. Regimen Terapeutik Tidak Efektif
3. Respon Pasca Trauma
4. Obesitas
5. Harga diri Rendah
6. Isolasi Sosial
7. Intoleransi Aktivitas
8. Defisit Perawatan Diri
9. Hambatan Komunikasi Verbal
10. Ansietas
11. Perubahan Proses Pikir
12. Koping Individu Inefektif

Sedangkan masalah Keperawatan pada pasien perilaku dikutip dari buku ajar asuhan keperawatan jiwa(Herman, 2011)

1. Perilaku kekerasan
2. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
3. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi

4. Harga diri rendah kronis
5. Isolasi sosial.
6. Berduka Dingfusional.
7. Penatalaksanaan regimen terapeutik inefektif.
8. Koping keluarga inefektif.

Penulis beropini bahwa masalah keperawatan di ambil lebih tepat pada saat dilakukan pengkajian secara langsung kepada pasien.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Dari pengkajian yang dilakukan.masalah keperawatan yang muncul adalah perilaku kekerasan sebagai core problem,harga diri rendah dan isolasi sosial sebagai causa/penyebab dan resiko Mencederai diri dan orang lain sebagai efek. Menurut Pohon Masalah Perilaku Kekerasan dikutip dari (Wulansari, 2021)

Perilaku kekerasan sebagai core problem,harga diri rendah dan isolasi sosial sebagai causa/penyebab dan resiko Mencederai diri dan orang lain sebagai efek,penulis beropini ada kesesuaian antara data kasus dan pustaka.

4.3 Perencanaan

Menurut (Budi Anna Keliat et al., 2019) dalam bukunya, Asuhan Keperawatan Jiwa, rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan :

1. Tindakan Keperawatan Ners
 - a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Pasien mampu mengkaji tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 2) Pasien mampu mengkaji penyebab perilaku kekerasan
- 3) Pasien mampu mengatasi perilaku kekerasan
- 4) Pasien mampu memahami akibat dari perilaku kekerasan

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Latih pasien untuk melakukan relaksasi : Tarik nafas dalam, Pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan
- 2) Latih pasien untuk bicara dengan baik : Mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik.
- 3) Latih de-eskalasi secara verbal maupun tertulis
- 4) Latih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut (sholat, berdoa, dan kegiatan ibadah yang lainnya).
- 5) Latih pasien patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi).
- 6) Bantu pasien dalam mengendalikan perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan.
- 7) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan.
- 8) Berikan pujian pada pasien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan.

2. Tindakan pada keluarga

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluarga mampu memahami pengertian perilaku kekerasan.
- 2) Keluarga dapat memahami penyebab perilaku kekerasan
- 3) Keluarga dapat memahami dan menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 4) Keluarga mampu memahami cara merawat pasien perilaku kekerasan.

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Kaji masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses terjadinya perilaku kekerasan yang dialami pasien.
- 3) Mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien.
- 4) Melatih keluarga cara merawat perilaku kekerasan pasien
- 5) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman: Mengurangi stres di dalam keluarga dan memberi motivasi pada pasien
- 6) Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

3. Tindakan pada kelompok pasien TAK)

a. Tindakan Keperawatan

Terapi aktivitas kelompok : Stimulasi persepsi

- 1) Sesi 1 : Mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- 2) Sesi 2 : Mencegah perilaku kekerasan secara fisik
- 3) Sesi 3 : Mencegah perilaku kekerasan dengan verbal
- 4) Sesi 4 : Mencegah perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- 5) Sesi 5 : Mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengonsumsi obat.

Tindakan keperawatan

1 Sp Pasien

a. Sp1 Pasien

- 1) Mengidentifikasi penyebab PK.
- 2) Mengidentifikasi tanda dan gejala PK.
- 3) Mengidentifikasi PK yang dilakukan.
- 4) Mengidentifikasi akibat PK
- 5) Menyebutkan cara mengontrol.
- 6) Membuat pasien memprakteklatihan Cara fisik I : Nafas dalam
- 7) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian.

b. Sp2 Pasien

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatanharian pasien.
- 2) Melatih pasien mengontrol PKdengan **Cara fisik II : Pukul bantal / kasur.**
- 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

c. Sp3 Pasien

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
 - 2) Melatih pasien mengontrol PK dengan **Cara Verbal : meminta / menolakkungkapkan dengan asertif.**
 - 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- d. Sp4 Pasien
- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
 - 2) Melatih pasien mengontrol PK dengan **Cara spiritual.**
 - 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- e. Sp5 Pasien
- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
 - 2) Menjelaskan cara mengontrol PK dengan **memanfaatkan / minum obat.**
 - 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
3. Sp Keluarga
- a. Sp1 Keluarga
- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
 - 2) Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK.
 - 3) Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK
- b. Sp2 Keluarga
- 1) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK.
 - 2) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien

PK.

c. Sp3 Keluarga

- 1) Membantu keluarga membuatjadual aktivitas di rumah termasuk minum obat(*discharge planning*).
- 2) Menjelaskan follow up pasien setelah pulang.

Penulis beropini untuk perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah utama mengacu pada kepustakaan yang ada.

4.4 Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan hasil yang diharapkan kepada perawat menurut (Anggit, 2021) adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi.

Pada tinjauan kasus penulis melakukan Implementasi Keperawatan sesuai dengan Rencana Asuhan Keperawatan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan dengan menggunakan teknik komunikasi efektif yang bertujuan untuk melakukan pendekatan kepada pasien dan mempermudah penulis dalam melaksanakan Rencana Asuhan Keperawatan. Akan tetapi penulis melakukan kombinasi pada pelaksanaan Tindakan Asuhan keperawatan dengan menambahkan Sp5 pasien yaitu memanfaatkan / minum obat, karena menurut penulis dengan melakukan kombinasi maka Tindakan Asuhan Keperawatan dapat dilaksanakan dengan hasil yang baik. Secara rasional jika pada tingkat Afek emosi

pasien dengan Perilaku Kekerasan masih labil maka akan kesulitan melakukan dalam memberikan Tindakan Asuhan Keperawatan pada Sp1-Sp4 pasien.

Pada Implementasi hari pertama Senin tanggal 20 September 2021 pukul 10.00 WIB. penulis melakukan pengkajian dan mendengarkan keluhan pasien dan melakukan Tinndakan Asuhsn Keperawatan Sp1 dan Sp5 pasien dengan hasil pasien mampu menyebutkan penyebab PK, tanda dan gejala PK, PK yang dilakukan, menyebutkan cara mengontrol PK dengan tarik nafas dalam, pasien mampu mempraktikkan cara latihan fisik I dengan tarik nafas dalam dan pasien berjanji akan minum obat dengan teratur, tapi pasien belum mampu menyebutkan akibat PK yang dilakukan. Penulis beropini pasien masih dalam kondisi gelisah, sehingga masih belum mampu berpikir dan berkonsentrasi dengan baik.

Pada Implementasi hari kedua Selasa tanggal 22 September 2021 pukul 10.15 WIB. penulis melaksanakan Tindakan Asuhan Keperawatan pada Sp1 poin 4 dan mengevaluasi Sp1 dan Sp5 dengan hasil pasien mampu menyebutkan akibat PK yang dilakukan, mampu menyebutkan cara mengontrol PK dengan tarik nafas dalam, mampu mempraktikkan cara latihan fisik I Tarik nafas dalam dan pasien berjanji minum obat dengan baik, tidak membuang obat saat diberikan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Penulis beropini pasien sudah mulai tenang, karena pasien selain mendapatkan terapi medis juga Tindakan keperawatan lainnya seperti nafas dalam, dan pasien pada hari pertama sudah melakukan tehnik nafas dalam yang mampu mengontrol emosi.

Pada Implementasi hari ketiga Rabu tanggal 23 September pukul 09.55 WIB. penulis melakukan Tindakan Asuhan Keperawatan Sp2 dan mengevaluasi hasil Sp1 dan Sp5 dengan hasil pasien mampu mempraktikkan cara kontrol PK ke dua dengan cara latihan fisik II pukul bantal / kasur, mampu menyebutkan cara kontrol PK pertama dengan tarik nafas dalam, mampu mempraktikkan cara kontrol PK pertama dengan tarik nafas dalam dan pasien mengatakan masih

minum obat dengan baik tidak membuang obat saat diberikan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Penulis beropini Pasien dalam kondisi tenang sehingga pasien mampu berpikir dan berkonsentrasi dengan baik, serta pasien termotivasi untuk cepat pulang dan Kembali bekerja.

4.5 Evaluasi

Berdasarkan hasil dari Implementasi Tindakan Asuhan Keperawatan yang dilaksanakan tanggal 20 September 2021 sampai 22 September pasien mengalami perubahan perilaku dan tingkat emosi.

Evaluasi Hari pertama, tanggal 20 Septemeber didapatkan hasil pasien mampu menyebutkan penyebab marah, tanda dan gejala, perilaku kekkerasan yang dilakukan, dan mempraktikkan tehnik nafas dalam, pasien juga mampu menyebutkan manfaat minum obat, tetapi pasien belum mampu menyebutkan akibat perilaku kekerasan. Pasien dalam kondisi terfiksasi sementara di atas tempat tidur. Perawat beropini Evaluasi adalah menilai hasil dari implementasi yang dilakukan. Evaluasi dilakukan setiap hari per shift, dengan S.O.A.P.

Evaluasi Hari Kedua, tanggal 21 September 2022 didapatkan hasil pasien mampu menyebutkan penyebab marah, tanda dan gejala, perilaku kekkerasan yang dilakukan, dan mempraktikkan tehnik nafas dalam, pasien juga mampu menyebutkan manfaat minum obat, pasien juga mampu menyebutkan akibat perilaku kekerasan. Pasien sudah tidak terfiksasi, tetapi pasien masih di tempatkan di ruang isolasi yang masih dalam pantauan perawat. Perawat beropini bahwa kondisi pasien lebih tenang sehingga pasien mampu berpikir dan berkonsentrasi.

Evaluasi hari ke tiga, tanggal 22 September 2022 didapatakan hasil pasien mampu mengulang Kembali Tindakan yang di Sp1 dan pasien mampu melakukan tehnik fisik ke dua yaitu pukul bantal dan Kasur. pasien juga sudah tidak di tempatkan di ruang isolasi, pasien berinteraksi dengan pasien lainnya, nada bicara

pelan,tatapan mata tidak tajam. Perawat beropini pasien dalam kondisi lebih tenang sehingga pasien mampu berpikir dan berkonsentrasi dengan baiak,dengan berinteraksi dengan teman lainnya pasien mampu megeksplor perasaannya.pasien juga termotivasi untuk cepat pulang dan Kembali bekerja.

Evaluasi Keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut, S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, A:Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada, dan P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah) atau rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan terapi hasil belum memuaskan) (Anggit, 2021).

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.W dengan masalah utama Perilaku Kekerasan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur maka dapat memberikan simpulan dan saran yang bermanfaat dalam meningkatkan kualitas dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa dengan masalah utama Perilaku Kekerasan.

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil dari Asuhan Keperawatan Jiwa di ruang Gelati Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan masalah utama Perilaku Kekerasan, maka penulis memberikan kesimpulan sebagai berikut :

1. Berdasarkan hasil pengkajian kasus masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.W dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia tak terinci hari Senin tanggal. Alasan masuk saat di rumah pasien karena membawa senjata tajam dan keliling di sekitar kampungnya, saat di rumah sakit pasien teriak-teriak mengancam perawat dengan mengajak bertengkar satu lawan satu, pernah 2 kali dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan alasan yang sama karena pasien marah-marah dan membawa senjata tajam karena dituduh menghilangkan burung kutilang, pasien tidak mau minum obat karena merasa mengantuk setelah minum obat. Penyebab utama pasien mengalami gangguan jiwa setelah di PHK, respon pasien saat itu marah-marah dan berdampak pada pasien lebih cenderung diam dan menutup diri dari keluarga dan lingkungan karena pasien merasa malu telah di PHK.

2. Setelah melakukan tahap pengkajian penulis melakukan tahap penegakan diagnosa pada kasus masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.W dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia tak terinci yang bersumber dari buku Satuan Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu :
 - a. Perilaku Kekerasan (D.0146 SDKI hal. 312) b.d Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain d.d pasien mengatakan “ ayo gelut ambek aku lek wani”.
 - b. Harga Diri Rendah Situasional (D.0087 SDKI hal. 194) b.d Kegagalan hidup berulang d.d Pasien mengatakan merasa malu dengan keluarga dan tetangga karena di PHK.
 - c. Isolasi Sosial (D.0121 SDKI hal. 268) b.d Perubahan status mental d.d pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok ataupun masyarakat.
3. Pada tahap Perencanaan Tindakan Keperawatan kasus masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.W dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia tak terinci penulis menggunakan panduan dari buku Ajar Keperawatan Jiwa Teoritis dan Aplikasi Praktis Klinik.

Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasaan

Tujuan Umum

Pasien mampu mengontrol marah dengan latihan fisik I : Tarik nafas dalam, latihan fisik II : Pukul bantal / kasur, cara verbal Meminta atau menolak mengungkapkan dengan asertif, cara Spiritual dan Memanfaatkan / minum obat.

Tujuan khusus

1. Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, akibat dan Perilaku Kekerasan yang dilakukan.
2. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol Perilaku Kekerasan.
3. Pasien mampu mempraktikkan cara mengontrol Perilaku Kekerasan dengan latihan Fisik I : Tarik nafas dalam, latihan fisik II : Pukul bantal / kasur, cara verbal Meminta atau menolak mengungkapkan dengan asertif, cara Spiritual dan Memanfaatkan / minum obat. dan memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan keperawatan

Sp1 Pasien

1. Mengidentifikasi penyebab PK.
2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK.
3. Mengidentifikasi PK yang dilakukan.
4. Mengidentifikasi akibat PK.
5. Menyebutkan cara mengontrol.
6. Membuat pasien memprakteklatihan Cara fisik I : Nafas dalam
7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian.

Sp2 Pasien

1. Mengevaluasi jadwal kegiatanharian pasien.
2. Melatih pasien mengontrol PK dengan **Cara fisik II : Pukul bantal / kasur.**
3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Sp3 Pasien

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

2. Melatih pasien mengontrol PK dengan **Cara Verbal : meminta / menolak mengungkapkan dengan asertif.**
3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Sp4 Pasien

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
2. Melatih pasien mengontrol PK dengan **Cara spiritual.**
3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Sp5 Pasien

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
2. Menjelaskan cara mengontrol PK dengan **memanfaatkan / minum obat.**
3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Sp1 Keluarga

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
2. Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK.
3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK.

Sp2 Keluarga

1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK.
2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepadapasien PK.

Sp3 Keluarga

1. Membantu keluarga membuat jadual aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*).
2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang.
4. Tahap Tindakan Asuhan Keperawatan kasus masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.W dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia tak terinci

penulis memodifikasi pemberian terapi Sp1 Pasien dan Sp5 Pasien, Sp2 Pasien dan Sp5 Pasien karena menurut penulis selain terapi strategi komunikasi secara verbal maka terapi farmakologi sangatlah penting dan pendekatan secara komprehensif yang dilakukan oleh profesi keperawatan adalah kunci utama untuk keberhasilan dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien dengan masalah utama Perilaku Kekerasan.

5. Berdasarkan hasil Tindakan Asuhan Keperawatan kasus masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.W dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia tak terinci dari tanggal didapatkan hasil evaluasi secara subyektif dan obyektif.
 - a. Pasien mengatakan bahwa dirinya lebih tenang setelah diajarkan tehnik cara kontrol marah.
 - b. Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, akibat dan Perilaku Kekerasan yang dilakukan.
 - c. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol Perilaku Kekerasan dengan Tarik nafas dalam, Pukul bantal / kasur.
 - d. Pasien mampu mempraktikkan cara mengontrol Perilaku Kekerasan dengan latihan Fisik I : Tarik nafas dalam, latihan fisik II : Pukul bantal / kasur.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil dari simpulan yang telah diuraikan diatas maka penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Akademis

Untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam melaksanakan Tindakan Asuhan Keperawatan Jiwa khususnya pada kasus Perilaku Kekerasan agar dapat melakukan pendekatan secara komprehensif kepada pasien dengan baik.

2. Bagi pasien

Untuk tetap menjalankan Tindakan Asuhan Keperawatan yang telah diajarkan saat di rumah Sakit.

3. Bagi pelayananan keperawatan di rumah sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari kosnep Asuhan Keperawatan Jiwa pada Perilaku Kekerasan dan meningkatkan keterampilan dengan mengikuti pelatihan / seminar Asuhan Keperawatan Jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Dr. dr.Rusdi Maslim SpKJ, Mk. (2013). *DIAGNOSIS GANGGUAN JIWA PPDGJ III* (Cetakan ke). PT Nuh Jaya.
- Ernia, N. I. dan R. (2020). Hubungan Dukungan Instrumental Keluarga Dengan Kepatuhan Kontrol Pasien Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Jurnal Ilmiah Karya Kesehatan*, 01(1), 1–7.
- Ferginia P. (2021). *Komunikasi Terapeutik Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (Odgj)*.
- Hastuti, R. Y., Agustina, N., & Widiyatmoko, W. (2019). Pengaruh restrain terhadap penurunan skore panss EC pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(2), 135. <https://doi.org/10.26714/jkj.7.2.2019.135-142>
- Jek Amidos Pardede, Harjuliska, A. R. (2021). Self-Efficacy Dan Peran Keluarga Berhubungan Dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(1), 57–66.
- Kandar, & Iswanti, D. I. (2019). Predisposition and Prestipitation Factors of Risk of Violent Behaviour. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149–156. <file:///C:/Users/lenovo/Downloads/226-Article Text-1292-1-10-20191202.pdf>
- Kristyaningsih, P., Sulistiawan, A., & Susilowati, P. (2018). Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat Di Rumah Sakit X Kota Kediri. *Adi Husada Nursing Journal*, 4(2), 47–50.
- L. Ma'rifatul Azizah, I. Zainuri, A. akbar. (2016). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA* (Pertama). Indomedia Pustaka.
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Murniarti, E. (2019). *Bahan Ajar ; Komunikator, Pesan, Pedia/Saluran, Komunikan, Efek/Hasil, dan Umpan Balik*. 156–159.
- Riskesdas. (2018). *data riset kesehatan dasar*. Riskesdas. <https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/riset-badan-litbangkes/menu-risikesnas/menu-risikesdas/426-rkd-2018>
- Siauta, M., Tuasikal, H., & Embuai, S. (2020). Upaya Mengontrol Perilaku Agresif pada Perilaku Kekerasan dengan Pemberian Rational Emotive Behavior Therapy. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(1), 27. <https://doi.org/10.26714/jkj.8.1.2020.27-32>
- Sujarwo, S., & PH, L. (2019). Studi Fenomenologi : Strategi Pelaksanaan Yang

Efektif Untuk Mengontrol Perilaku Kekerasan Menurut Pasien Di Ruang Rawat Inap Laki Laki. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 29.
<https://doi.org/10.26714/jkj.6.1.2018.29-35>

Suryanti, S., & Ariani, D. (2018). Pengaruh Relaksasi Progresif Terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Klaten. *Interest : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(1), 67–74.
<https://doi.org/10.37341/interest.v7i1.74>

Untari, S. N., & Irna, K. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.

Vahurina, J., & Rahayu, D. A. (2021). Penurunan Gejala Perilaku Kekerasan Dengan Menggunakan Terapi Musik Instrumental Piano Pada Pasien Perilaku Kekerasan. *Holistic Nursing Care Approach*, 1(1), 18.
<https://doi.org/10.26714/hnca.v1i1.8260>

Winranto, A. (2021). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia*.
<http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/jukta>

Wulansari, E. E. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Perilaku Kekerasan Dirumah Sakit Daerah Dr Arif Zainuddin Surakarta*.
<http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1020/>

Lampiran 1

| | | | |
|---|---|------------------|---|
|  | SOP TINDAKAN PENGIKATAN (RESTRAIN) | |  |
| | SOP | No. Dokumen : | |
| | | No. Revisi : | |
| | | Tanggal Terbit : | |
| | Halaman : | | |
| Ditetapkan Oleh..... | | (tanda tangan) | |

| | |
|----------------------------------|---|
| Pengertian | Tindakan pengekangan pada pasien jiwa dengan mengekang daerah ekstrimitas pasien. |
| Indikasi | Pasien dengan PK (Perilaku Kekerasan) |
| Tujuan | Mencegah dampak PK (Perilaku kekerasan) |
| Persiapan tempat dan alat | <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan alat pengekang yang sesuai 2. Selimut pasien 3. Sarung tangan / hands scone |
| Persiapan pasien | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan salam 2. Posisikan pasien sudah berada di tempat tidur |
| Persiapan Lingkungan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memasang sketsel 2. Menutup tirai |
| Pelaksanaan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan 2. Pakai sarung tangan 3. Tutup tirai atau memasang sketsel untuk memberi privacy pada pasien 4. Dekati pasien dengan tenang, langsung (tidak ragu-ragu), dengan sikap yang tidak menantang 5. Posisikan pasien berada di tempat tidur 6. Pegang ekstremitas klien yang terlepas dengan benar dan kuat secara bersamaan (bila tidak mampu jangan |

| | |
|--------------------|--|
| | <p>dilakukan sendiri)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pasang restrain pada ekstremitas dengan tehnik yang benar (jenis simpul dan tempat simpul, tidak terjangkau tangan pasien dan tidak mudah terlepas) 8. Longgarkan tali pengikat 1 jari telunjuk 9. Pastikan sirkulasi darah pada keempat ekstremitas tetap baik 10. Jaga sikap dan ucapan perawat agar tidak menimbulkan ketidaknyamanan fisik maupun emosional (contoh memukul, membentak dan mengancam) 11. Informasikan pada pasien, perawat akan selalu mengawasi dan siap membantu segala kebutuhan ADL pasien selama diikat 12. Pasang selimut untuk menjaga kenyamanan dan privasi pasien saat diikat 13. Pasang pengaman tempat tidur / safety rail untuk mencegah pasien agar tidak jatuh 14. Buka kembali penutup tirai atau sketsel 15. Lepas sarung tangan / handscone setelah melakukan tindakan 16. Cuci tangan setelah melakukan tindakan |
| Sikap | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hati-hati. 2. Teliti. 3. Ramah. 4. Sopan. |
| Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji respon klien 2. Cek kembali setelah 30 menit untuk melihat respon klien setelah dilakukan tindakan pengikatan / restrain 3. Berikan reinforcement positif. |
| Dokumentasi | <p>Catat tindakan yang telah dilakukan,:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanggal (hari, tanggal, bulan, tahun) 2. Jam 3. Tanda tangan perawat 4. Nama terang perawat |

Lampiran 2

MANFAAT MINUM OBAT SECARA TERATUR



Disusun oleh :
Beny Kusuma Wahdaniah
1921018

PROGRAM D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HANGTUAH SURABAYA
TA. 2022



Obat adalah zat atau benda yang dapat menyembuhkan penyakit, mencegah timbulnya gejala penyakit, memperbaiki Kesehatan mental (rohani), luka atau memperelok tubuh



ALASAN PENDERITA MENOLAK PENGobatan

1. *BoSaN*



2. *oBaT bAnYaK*

3. *takut EFEK samping OBAT*



PENTINGNYA MINUM OBAT



1. Mempercepat proses penyembuhan
2. Menghilangkan gejala penyakit
3. Mencegah keparahan penyakit
4. Mencegah kekambuhan
5. Mencegah kekebalan obat

MANFAAT OBAT

1. Membantu istirahat
2. Membantu mengendalikan emosi
3. Membantu mengendalikan perilaku
4. Membantu proses pikir

TANDA OBAT BEKERJA DENGAN EFEKTIF

1. Emosional stabil
2. Kemampuan berhubungan sosial meningkat
3. Halusinasi agresi, delusi, menarik diri menurun
4. Perilaku mudah diarahkan
5. Tidak merasa bingung
6. Efek samping obat terasa
7. Tanda - tanda vital baik

TATA CARA MINUM OBAT DENGAN BENAR

1. Pastikan benar pasien
2. Benar nama obat
3. Benar cara minum obat
4. Benar waktu minum obat
5. Benar dosis obat
6. Jangan mengonsumsi kopi, susu atau dekan karena dapat menetralkan efektifitas obat